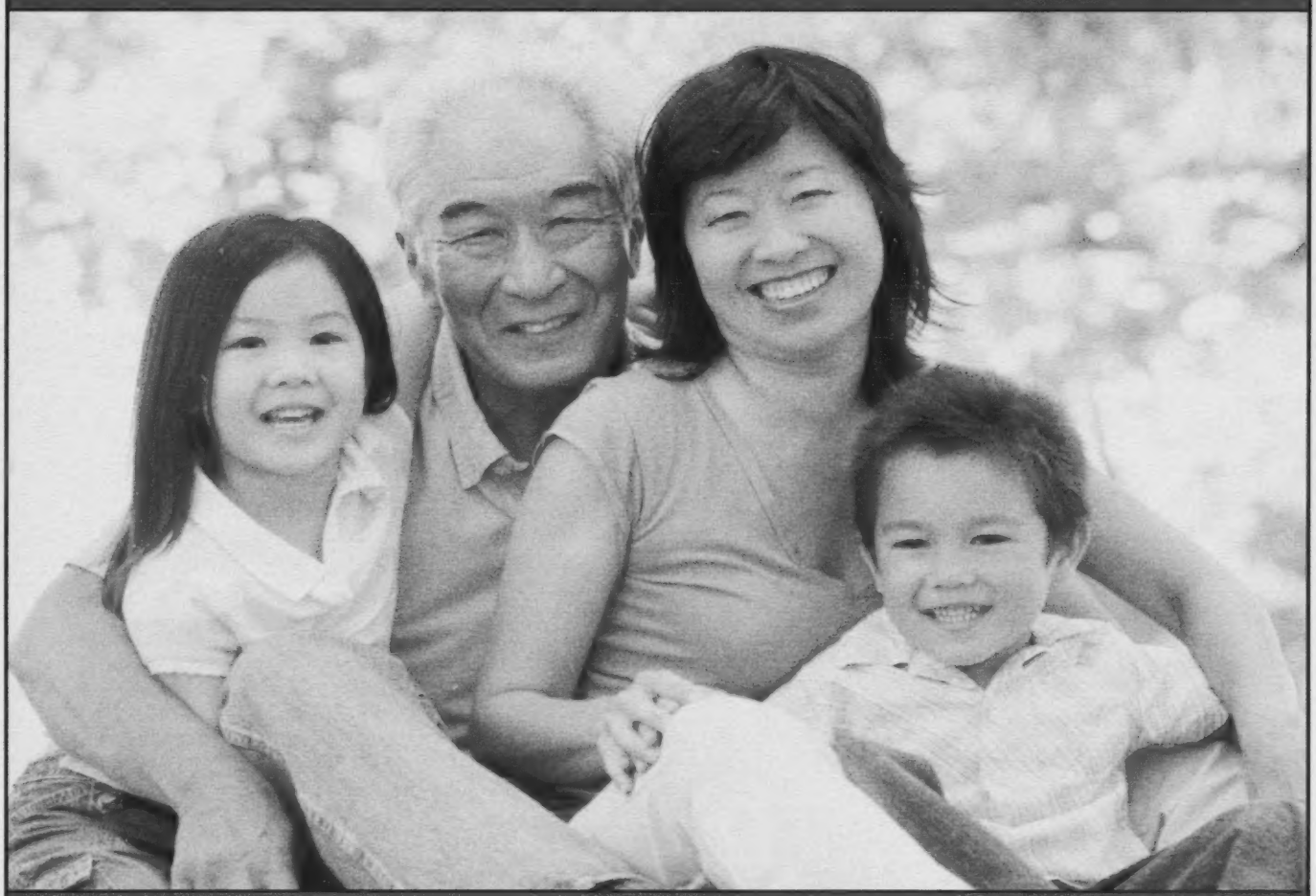
RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant



Améliorer considérablement l'expérience du patient en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur

Rapport annuel 2014-2015

Ontario
Réseau local d'intégration des services de santé

Table des matières

Vision, mandat, mission et valeurs 2

Message de la directrice générale et du président du conseil d'administration 3

Conseil d'administration du RLISS de HNHB 5

Évolution continue du RLISS de HNHB 7

Aperçu du RLISS de HNHB 8

Faire participer nos collectivités 12

Plan stratégique pour le système de santé 19

Avancement des priorités du système de santé 36

Indicateurs de rendement 2014-2015 65

États financiers et notes afférentes aux états financiers 72

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Vision, mandat, mission et valeurs

Vision

Un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et petits-enfants.

Mandat

Planifier, financer et intégrer le système de santé local en vue de fournir des services de santé appropriés, coordonnés, efficaces et efficients à Brant, Burlington, Haldimand, Hamilton, Niagara et Norfolk.

Mission

Assurer la disponibilité de services intégrés, et l'accès à ces services, afin d'améliorer la santé de la population et la continuité des soins de santé.

Valeurs

Le respect; l'intégrité; la responsabilité

Nous travaillons afin d'être un catalyseur du changement et nous tenons compte des particuliers et de leurs soignants, qui ont besoin de services de santé locaux.

Pour atteindre cet objectif, nous nous engageons à assurer :
la transparence, la collaboration, l'innovation, un véritable dialogue.

Message de la directrice générale et du président du conseil d'administration

Dans notre rapport annuel publié il y a douze mois, nous avons réaffirmé notre engagement envers les résidents du RLISS de HNHB pour continuer d'améliorer considérablement l'expérience du patient en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur.

Nous avons ouvertement reconnu que le système de santé actuel doit fonctionner plus efficacement et fournir de meilleurs soins aux citoyens. Nous savions alors que nous devions changer radicalement le système de santé et mettre l'accent sur la **personne** plutôt que sur les fournisseurs. Nous espérons que, en lisant notre rapport annuel 2014-2015, vous conviendrez que nous avons franchi une étape importante dans la bonne direction au cours de la dernière année.

Le Dr Eric Hoskins a été nommé ministre de la Santé et des Soins de longue durée en juin 2014, et en septembre la première lettre de mandat du ministre -- **Placer les patients au centre – Les bons soins au bon moment et au bon endroit** – était clairement axée sur les patients. Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé, publié en février 2015, constituait la prochaine étape en vue de transformer et d'améliorer le système de santé de la province. Il illustre l'engagement à mettre les gens et les patients au cœur du système en donnant la priorité aux besoins des patients.

Le Plan d'action du ministre correspondait très bien avec notre propre Plan stratégique pour le système de santé (PSSS) de cinq ans qui guide nos travaux depuis 2012. Le PSSS nous a aidés à rester résolument concentrés sur notre objectif stratégique et nos orientations stratégiques.

Objectif stratégique
Améliorer considérablement l'expérience du patient en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur.

Orientations stratégiques
1. Améliorer considérablement l'expérience du patient en enchâssant une culture de qualité dans l'ensemble du système.
2. Améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services.
3. Améliorer considérablement l'expérience du patient en élargissant le rôle des RLISS pour qu'ils deviennent des commissaires à la santé.

Nous poursuivons nos efforts et nous continuons de faire des pas importants dans la bonne direction. Le présent rapport annuel donne l'occasion de regrouper les activités d'une année – de partager avec notre collectivité le travail accompli et le travail en cours. Voici quelques-uns des points saillants au sujet desquels les pages suivantes contiennent plus de détails :

- La **qualité** demeure au premier plan alors que le RLISS exécute son Plan stratégique pour le système de santé. Nous nous concentrons sur diverses initiatives, dont le conseil d'orientation de la qualité, l'élaboration d'un plan relatif à la qualité pour l'ensemble du RLISS et l'ajout d'une obligation de qualité dans les ententes de responsabilisation en matière de services.

- Une démarche uniforme à l'égard de l'**intégration des programmes cliniques dans l'ensemble du RLISS**, intégrant des attentes claires, une participation et une direction solides de la part des médecins

et un leadership administratif et organisationnel robuste, a obtenu beaucoup de succès et a dégagé des résultats mesurables mis en évidence par le plan de services de cancérologie intégrés, le plan de services cliniques vasculaires intégrés et le plan de services cliniques thoraciques.

- On réalise des progrès en matière de **santé mentale et de toxicomanie** avec le succès et l'élargissement de l'Équipe mobile d'intervention en cas de crise à Hamilton et bientôt à Brantford. Le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton et le Service de police de Hamilton ont collaboré sur un projet pilote de 16 mois – une première en son genre au Canada. L'Équipe atteint son objectif de réduire le nombre de personnes transportées à l'hôpital et de réduire le nombre d'heures que les agents en uniforme consacrent à l'hôpital.

- Le **Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement** a continué de mettre l'accent sur l'amélioration des soins et des déplacements au sein du système pour les particuliers/aidants atteints de troubles réactifs ou risquant de l'être. La collaboration entre les fournisseurs de services de santé a permis d'apporter un changement radical propulsé par un énoncé de valeur qui représente la voix de la personne ayant des comportements réactifs.

- **Les soins palliatifs** constituent une philosophie de soins visant à soulager la douleur et améliorer la qualité de vie et de la fin de vie. Le conseil sur les programmes régionaux de soins palliatifs du RLISS continue de travailler pour assurer que les services de soins palliatifs appropriés sont offerts dans les hôpitaux, les maisons de soins palliatifs, les foyers de soins de longue durée et au domicile du client lorsque ces services sont nécessaires.

Nous remercions sincèrement tous nos partenaires du système de santé de leur dévouement à l'égard de l'amélioration de l'expérience du système de santé pour les citoyens de nos collectivités. Nous savons que nous travaillons ensemble – nous comptons fortement sur nos partenaires communautaires pour améliorer la prestation de soins. Leur travail ardu et leur détermination démontrent ce qui est possible lorsque le RLISS, les fournisseurs de services de santé, les citoyens et les intervenants **travaillent ensemble pour atteindre une vision commune**.

Il reste encore du chemin à parcourir. Nous poursuivons notre travail en vue de créer un système de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et leurs petits-enfants. Nos efforts permettent d'améliorer considérablement l'expérience du patient. Merci de continuer à placer nos patients et leurs familles au centre de votre réflexion et de votre travail.

Meilleures salutations,

Donna Cripps
Directrice générale

Michael Shea
Président du conseil d'administration

Conseil d'administration du RLISS de HNHB

De gauche à droite : Michael Shea, Laurie Ryan-Hill, Mervin Witter, Ruby Jacobs et Helen Mulligan.

Michael Shea, président

Nomination : 28 octobre 2010 • Mandat : 3 ans
Nomination à la présidence : 2 juin 2011 • Mandat : 3 ans
Renomination : 27 octobre 2013 • Mandat : 3 ans

* Ruby Jacobs, vice-président

Nomination : 3 mars 2010 • Mandat : 3 ans
Renomination : 20 mars 2013 • Mandat : 3 ans
* Nomination à la vice-présidence à compter du 1er décembre 2014

Helen Mulligan, membre

Nomination : 17 juin 2010 • Mandat : 3 ans
Renomination : 17 juin 2013 • Mandat : 3 ans

Laurie Ryan-Hill, membre

Nomination : 17 mai 2011 • Mandat : 3 ans
Renomination : 17 mai 2014 • Mandat : 3 ans
* Nomination à la présidence du Comité de vérification à compter du 1er décembre 2014

Mervin Witter, membre

Nomination : 2 juin 2011 • Mandat : 3 ans
Renomination : 2 juin 2014 • Mandat : 3 ans

Transitions au sein du conseil d'administration

Le 30 novembre 2014, Bob Lawler a terminé les deux mandats de trois ans permis au sein du conseil d'administration. Membre apprécié du conseil, Bob a siégé à titre de président et de vice-président du Comité de vérification. Après le départ de Bob, soit à compter du 1er décembre 2014, Ruby Jacobs est devenue vice-présidente et Laurie Ryan-Hill, présidente du Comité de vérification.

Relation entre le conseil d'administration et la haute direction

Au 31 mars 2015, l'équipe de la haute direction du RLISS de HNHB comprenait la directrice générale, les directeurs des communications, de la participation et des services généraux, de la transformation du système de santé, de l'accès aux soins, de la qualité et de la gestion du risque, des finances, des maillons santé et des initiatives stratégiques, ainsi que le médecin responsable de la transformation du système de santé clinique.

Les membres de l'équipe de la haute direction assistent aux réunions ordinaires du conseil d'administration, y compris celles du Comité de vérification et du Comité de la qualité et de la sécurité, et aux séances éducatives du conseil d'administration et présentent mensuellement à celui-ci des rapports oraux et écrits sur les activités de leurs portefeuilles respectifs.

Dirigée par la directrice générale et orientée par le Plan de services de santé intégrés (PSSI) et le Plan d'activités annuel (PAA), l'équipe de la haute direction guide les activités stratégiques du RLISS et veille à ce que l'objectif et les orientations stratégiques du Plan stratégique pour le système de santé (PSSS) soient au centre de la planification, de l'intégration et des recommandations de financement au conseil.

Le conseil fournit régulièrement une orientation à la directrice générale par l'entremise de :

- réunions ordinaires et séances éducatives,
- comités du conseil,
- directives,
- évaluations du rendement.

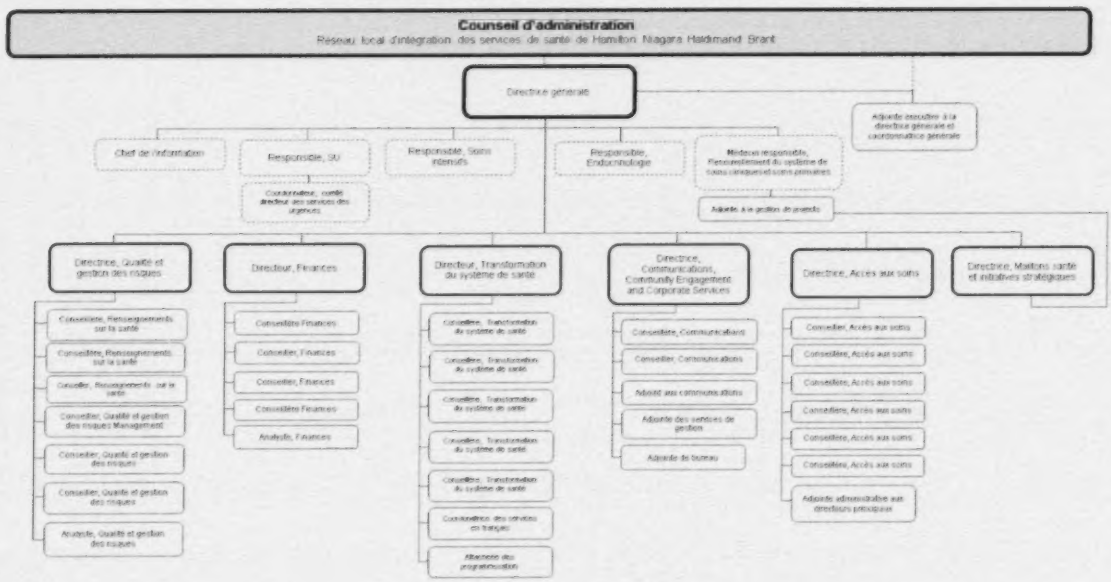
Évolution continue du RLISS de HNHB

Notre organisme

Les membres du personnel du RLISS de HNHB sont engagés et passionnés à l'égard de la réalisation de la vision du RLISS – un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et petits-enfants – et de l'objectif stratégique du RLISS, à savoir améliorer considérablement l'expérience du patient en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur. Ce sont cette vision et cet objectif stratégique qui les guident tous les jours dans l'exercice des fonctions associées à leurs rôles.

La structure des rôles au sein de l'organisme est fondée sur les fonctions de base du RLISS et maximise les compétences, le savoir et l'expertise du personnel. Ce dernier reste déterminé à renforcer la capacité et à partager le savoir en participant à des activités locales, provinciales et nationales. Le personnel tient à respecter les valeurs et principes de l'organisme, notamment le respect, l'intégrité et la responsabilité et, pour atteindre cet objectif, il s'engage à assurer la transparence, la collaboration, l'innovation et un véritable dialogue.

RLISS de HNHB – Organigramme



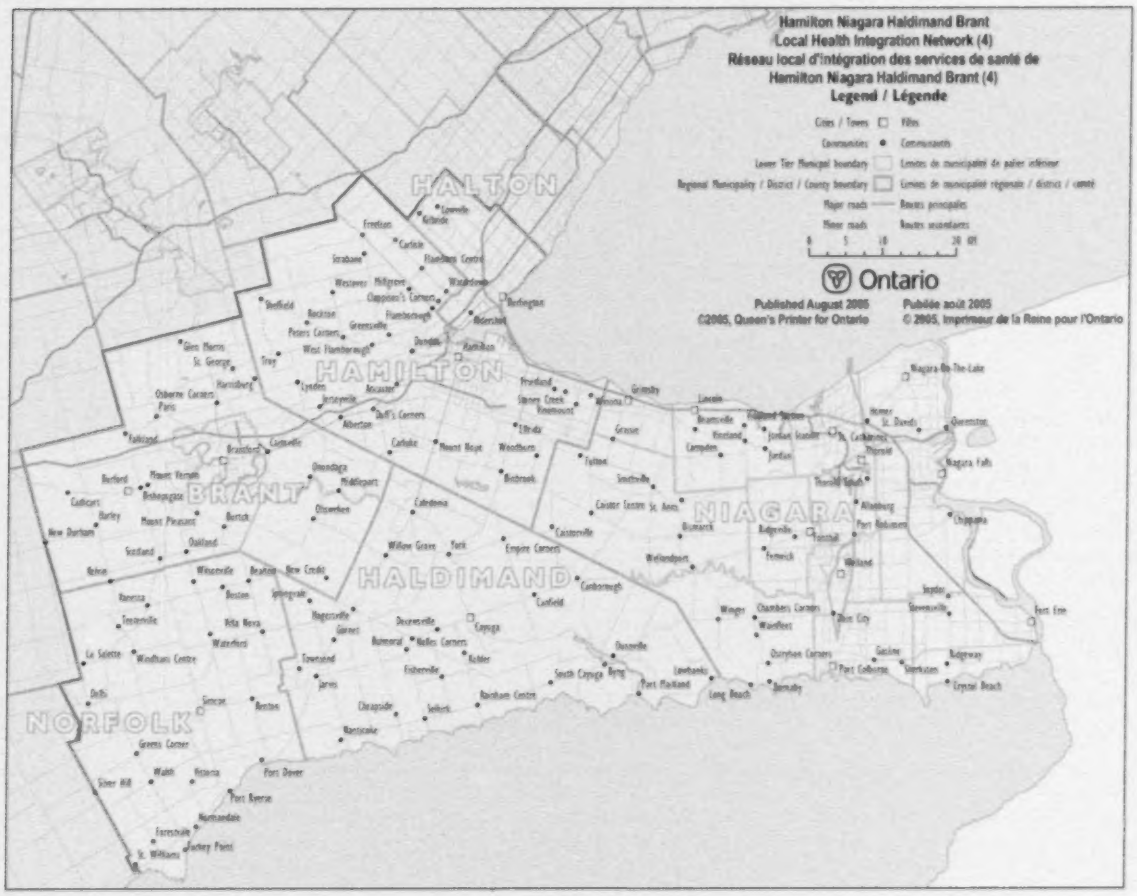
Aperçu du RLISS de HNHB

Population du RLISS de HNHB

Données démographiques

Le RLISS de HNHB, qui englobe à la fois des régions urbaines et rurales, couvre un territoire d'environ 6 500 km². Le RLISS de HNHB compte environ 1,46 million d'habitants, soit 10,5 % de la population de l'Ontario. Sa population devrait augmenter de 8,8 % au cours des dix prochaines années *(source : Estimations de la population, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, SavoirSANTÉ ONTARIO).*

La population du RLISS vieillit. Plus de 260 000 aînés de 65 ans ou plus vivent dans la région du RLISS et leur nombre passera à environ 355 000 d'ici 2025 – soit une augmentation projetée de plus de 35 %. Chez les aînés, ce sont les personnes de 75 ans et plus qui connaîtront la plus grande croissance (source : Estimations de la population, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, SavoirSANTÉ ONTARIO).



Caractéristiques sociodémographiques

La population du RLISS de HNHB est diversifiée. En effet, 17 % des résidents de HNHB ont une langue autre que le français et l'anglais comme langue maternelle. Les francophones, les membres des Premières nations, les Métis et les Autochtones vivant en milieu urbain sont des populations reconnues dans le RLISS. Par rapport au reste de la province, le RLISS de HNHB affiche une proportion moins élevée d'immigrants (19 %) et de minorités visibles (10 %) *(source : Enquête nationale auprès des ménages de 2011, Statistique Canada).*

Environ 2,4 % des résidents du RLISS sont francophones. Près de 80 % des francophones du RLISS vivent à Hamilton et dans la région de Niagara. En outre, Welland et Port Colborne comptent le pourcentage le plus élevé de francophones par rapport à la population totale des communautés du RLISS *(source : Recensement du Canada de 2011, Statistique Canada).*

Il y a deux réserves dans la région du RLISS de HNHB – le Territoire des Six Nations de la rivière Grand, qui compte la population la plus importante de toutes les communautés des Premières nations du Canada, et les **Mississaugas of the New Credit**. Le nombre total d'Autochtones inscrits dans le RLISS est d'environ 28 000, et la moitié d'entre eux vit dans une réserve. En raison d'un manque de données, les Autochtones non inscrits, les Métis et les Inuits ne sont pas inclus dans ces estimations de la population *(source : Community profiles, Aboriginal Affairs and Northern Development, en date de février 2015).*

À de nombreux égards, la population du RLISS est semblable à celle de la population provinciale sur le plan de diverses caractéristiques sociodémographiques. Dans le RLISS, cependant, il existe certaines différences importantes entre les régions géographiques et au sein de ces dernières. Alors que le RLISS de HNHB présente une proportion de familles à faible revenu comparable à celle de l'Ontario, le taux à Hamilton est plus élevé que la moyenne provinciale. Par rapport à la moyenne ontarienne, le RLISS compte une proportion supérieure de familles monoparentales et une proportion inférieure d'adultes ayant fait des études secondaires et postsecondaires.

	RLISS de HNHB	Ontario
Population totale (2015)	1 457 688	13 894 109
Population âgée, 65 ans et plus (2015)	18,0 %	15,8 %
Population d'anglophones	81,3 %	70,4 %
Population définie en tant que francophone	2,4 %	4,8 %
Population d'immigrants	19,2 %	28,5 %
Population d'immigrants récents (arrivés entre 2006 et 2011)	1,9 %	4,0 %
Population de minorités visibles	10,3 %	25,9 %
Population autochtone	2,8 %	2,4 %
Taux de chômage (15 ans et plus)	7,1 %	7,8 %
Population à faible revenu (avant impôt), toutes personnes	13,6 %	14,5 %
Familles monoparentales	17,4 %	16,7 %
Population (de 25 à 64 ans) ayant terminé des études postsecondaires	63,8%	67,2%

*(Sources : *Estimations de la population, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, SavoirSANTÉ ONTARIO. **Enquête sur la population active 2011. Les indicateurs restants s'appuient sur le Recensement du Canada de 2011 et l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011, Statistique Canada).*

État de santé

La santé peut être mesurée au moyen d'indicateurs perçus ou autodéclarés ainsi que par la présence ou l'absence de maladies ou de blessures/lésions. L'état de santé autodéclaré révèle des aspects de la santé

non décrits dans d'autres mesures. **Plus de 13,0 % des résidents du RLISS déclarent un état de santé passable ou mauvais**, ce qui dépasse les taux provinciaux. En outre, un nombre considérablement plus élevé de résidents déclare une limitation de leurs activités causée par une condition physique ou mentale ou à un problème de santé entraînant une douleur ou un inconfort qui leur empêche de participer aux activités *(source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013)*.

Maladie et décès

Les résidents du RLISS de HNHB affichent des taux considérablement plus élevés d'hypertension, de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et d'arthrite que l'ensemble de la province. Environ 20 % des résidents du RLISS de HNHB ont reçu un diagnostic d'hypertension ou d'arthrite et 6 % ont reçu un diagnostic de MPOC. Le pourcentage de résidents atteints d'asthme est de 8 % et celui des personnes atteintes du diabète s'élève à près de 8%, ce qui signifie que les taux du RLISS de HNHB sont légèrement mais pas considérablement plus élevés que ceux de l'Ontario *(source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2011-2012)*.

Les taux de mortalité reflètent la santé globale de la population. **Les maladies du cœur, le cancer du poumon et l'accident vasculaire cérébral étaient les trois principales causes de décès.** Les années potentielles de vie perdues reflètent le nombre d'années de vie perdues lorsqu'une personne meurt prématurément (c'est-à-dire avant l'âge de 75 ans). Les taux d'années potentielles de vie perdues dans le RLISS sont plus élevés que les taux provinciaux *(source : Outil interactif des indicateurs de santé de l'ICIS, 2010)*

Pratiques de santé et soins préventifs

Les mauvaises pratiques de santé, notamment l'inactivité physique et les mauvaises habitudes alimentaires, peuvent augmenter le risque de maladie chronique, d'invalidité et de décès. **Le taux de tabagisme est près de 24 % dans le RLISS de HNHB, une proportion sensiblement plus élevée que celle de la moyenne provinciale, qui atteint 18 %.** Par rapport à la province, un nombre significativement plus important de personnes vivant dans le RLISS de HNHB présentent un indice de masse corporelle (IMC) indiquant qu'ils font de l'embonpoint ou qu'ils sont obèses. *(Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013)* En 2013, un pourcentage légèrement plus faible d'adultes vivant dans le RLISS de HNHB déclaraient consommer une quantité excessive d'alcool, comparativement à la moyenne provinciale.

Les activités qui favorisent la santé, préviennent la maladie et réduisent les risques de blessures constituent d'importants éléments pour la santé et le bien-être des populations. Ces activités, qui exigent des personnes qu'elles s'engagent à l'égard de leurs soins de santé, peuvent être facilitées par l'intermédiaire d'une relation efficace avec un médecin de soins primaires. Une proportion de 94,3 % des résidents du RLISS de HNHB sont suivis régulièrement par un médecin, ce qui est significativement plus élevé que le taux ontarien de 91,2 %. Les soins préventifs, tels une bonne hygiène des mains ou les examens de santé systématiques, contribuent au dépistage précoce des maladies, ce qui réduit les maladies et les décès à long terme. La vaccination en est un autre exemple. Environ 33 % des résidents de HNHB ont reçu un vaccin antigrippal en 2013, taux comparable à celui de la moyenne de l'Ontario. *(Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013)*.

Résumé

Le RLISS occupe un territoire d'environ 6 500 km², qui regroupe les régions de Brant, Burlington, Haldimand, Hamilton, Niagara et la majeure partie de Norfolk. Il compte **environ 1,46 million d'habitants** répartis sur de petites collectivités rurales ainsi que de grands centres urbains et regroupe une population culturellement et linguistiquement diversifiée.

Comparativement à l'Ontario, le RLISS compte un pourcentage plus élevé de :

- personnes déclarant un état de santé passable ou mauvais;
- personnes dont les activités quotidiennes sont limitées;
- personnes qui fument régulièrement;
- personnes obèses;
- personnes atteintes d'arthrite;
- personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique;
- personnes atteintes d'hypertension;
- décès prématurés.

Faire participer nos collectivités

La participation communautaire est une des fonctions fondamentales des RLISS et figure dans la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, qui a établi les RLISS. Dans le cadre de ses activités, le RLISS rencontre toutes sortes de personnes, notamment des résidents de la région, des professionnels de la santé et des participants actifs au système de santé. Il consulte également les communautés francophones, les communautés autochtones et les Premières nations. Le RLISS de HNHB reconnaît, respecte et cherche à comprendre les besoins uniques de ces communautés diversifiées.

Participation des Autochtones

Le RLISS de HNHB dialogue de manière continue avec les communautés des Premières nations et les communautés autochtones, et s'y engage, afin de créer des occasions pour les patients et leurs familles d'exprimer leurs opinions et de participer à l'élaboration des programmes et des services de santé actuels et futurs. Les connaissances tirées de l'expérience des membres de la communauté sont fondamentales pour élaborer la stratégie axée sur la population du RLISS, qui vise à améliorer la santé et le bien-être des peuples autochtones. En harmonisant les efforts déployés dans le cadre de pratiques de santé traditionnelles et non traditionnelles, il est possible de mettre au point des solutions concordant avec l'identité culturelle, la santé holistique et les valeurs communautaires.

La collaboration avec le réseau de santé autochtone du RLISS de HNHB permet le développement de milieux de soins de santé adaptés et inclusifs sur le plan culturel, qui se traduisent par une amélioration de l'expérience et des résultats pour les patients. Le réseau de santé autochtone se réunit chaque mois afin d'échanger sur l'expertise de ses membres, de faire la lumière sur certains problèmes de santé locaux et de formuler au RLISS des commentaires concernant les méthodes de planification, la participation communautaire et la performance du système.

En 2014-2015, le réseau de santé autochtone a continué de progresser vers l'atteinte des trois priorités de son plan d'action triennal :

1. Réduire le taux de suicide parmi les jeunes et renforcer les services de santé mentale pour les jeunes.
2. Réduire le taux de diabète et d'autres maladies chroniques chez les Autochtones.
3. Réduire l'incidence de violence conjugale et préconiser des familles solides, stables et responsables.

Afin de favoriser l'atteinte de ces priorités, le réseau de santé autochtone s'est engagé à mener diverses activités au cours de l'année 2014-2015 :

- Dans le cadre de l'initiative dans le domaine de la santé mentale du réseau de santé autochtone, visant à réduire le suicide chez les jeunes et le renforcement des services de soutien en santé mentale chez les jeunes, 45 personnes ont reçu une formation SafeTALK pour la prévention du suicide, 26 personnes, la version 10 de la formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (ASIST) et 103 personnes, une formation en premiers soins en santé mentale.
- Le programme de santé et de bien-être *Walk the Talk* du réseau a reçu un soutien continu afin de poursuivre sa promotion des modes de vie sains chez les travailleurs de la santé autochtones au moyen d'une alimentation saine, de la pratique d'activité physique, de l'abandon du tabagisme et de la gestion du stress.

- La Southern Ontario Aboriginal Diabetes Initiative (SOADI) a publié un livre de recettes intitulé *Food Is Our Medicine; Making it Sacred* (La cuisine, c'est notre médecine; c'est sacré), afin de soutenir le programme *Walk the Talk*.

- Les délégués de cinq organismes du réseau de santé autochtone ont pris part à une formation destinée aux animateurs dans le cadre de la campagne Kanawayhitowin, intitulée *Taking Care of Each Other's Spirit* (Soignons mutuellement nos esprits). La formation avait pour but de sensibiliser la population aux abus contre les femmes dans les collectivités autochtones et de fournir aux familles, aux collectivités et aux travailleurs de première ligne les ressources et les stratégies visant à corriger ces abus dans leur communauté.

Sensibilité culturelle

À la suite de la formation sur la sensibilité culturelle offerte par l'Ontario Federation of Indian Friendship Centres (OFIFC) que le personnel du RLISS a suivie en 2013-2014, ce dernier a élaboré un plan afin de mettre à profit ces apprentissages culturels, ce qui a permis d'approfondir la façon dont ces connaissances culturelles sont appliquées dans le travail qu'il accomplit. Le RLISS s'est engagé à inscrire au moins cinq membres du personnel et tous les nouveaux membres du personnel du RLISS à la formation sur les compétences en matière de culture autochtone à l'intention des professionnels de la santé de l'Ontario, donnée par le Centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones du Sud-Ouest de l'Ontario. La formation, qui repose sur les principes du respect, de la sécurité et de la confiance, vise à créer un milieu interactif qui facilite l'acquisition de connaissances par les professionnels de la santé au sujet des peuples autochtones du Canada, augmente la conscience de soi et permet de développer des compétences pour travailler plus efficacement avec les peuples autochtones.

Intervenants pivots auprès des patients autochtones
Faire une différence : l'expérience d'une famille

Un jeune garçon autiste a passé du temps dans l'unité des soins intensifs de l'hôpital après être tombé malade. Sa famille étant le plus possible présente à ses côtés, son père avait de la difficulté à trouver un équilibre entre l'école, le travail et les soins à donner à son fils. Le père a déclaré que « l'enfant avait perdu son esprit ». Une fois que l'intervenant pivot auprès des patients autochtones a été présenté à la famille, les membres de celle-ci ont pu visiter le garçon en l'absence du père, établir des liens entre la famille et les bénévoles à l'hôpital ainsi que consulter un musicothérapeute. Le jeune garçon et sa famille se sont montrés très reconnaissants à l'égard du soutien et ont pu constater de grandes améliorations dans le mieux-être général de l'enfant.

De novembre 2014 à mars 2015, 16 membres du personnel du RLISS, y compris la directrice générale, quatre directeurs et 11 conseillers ont suivi cette formation. Le RLISS continue d'appuyer la nécessité d'élargir l'offre de formation axée sur les compétences culturelles et accorde une grande valeur à l'éducation offerte dans le cadre de ces séances. Ces dernières sont importantes en vue d'offrir les meilleurs soins possible aux peuples autochtones, et ce, d'une manière qui prend en considération et respecte leur culture et leurs croyances.

Cheminement des patients

Trois intervenants pivots auprès des patients autochtones à temps plein sont actuellement financés par l'entremise du centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones De dwa da dehs nye>s, et ce, dans trois zones du RLISS : Hamilton, Brantford et Niagara. L'objectif consiste à collaborer avec les Autochtones et les organismes habituels de services de santé et de services sociaux, le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) de HNHB et les hôpitaux dans toute la région du RLISS, afin d'aider les clients autochtones, les aidants naturels et les membres de leurs familles à cheminer dans le système de soins de santé après leur hospitalisation.

De février à décembre 2014, 1 318 personnes de toutes les régions desservies par le RLISS ont obtenu un meilleur accès à des services appropriés sur le plan culturel grâce à ce service. Grâce à leur participation aux réunions de planification des congés d'hôpital, leur soutien ainsi que leur orientation essentiels relativement aux ressources et le fait qu'ils aident les patients dans leur transition de l'hôpital à la collectivité, les intervenants pivots auprès des patients autochtones arrivent à « améliorer la sécurité des utilisateurs autochtones de services durant la prestation des soins de santé » (*source : Smylie [2015]). First Class People, Second Class Treatment*).

Guérison traditionnelle

Au cours de la dernière année, des consultations avec les communautés autochtones dans les réserves et en dehors des réserves ont eu lieu pour trouver des moyens de combiner les méthodes de guérison traditionnelles et les pratiques culturelles qui ont cours dans les programmes et les services de santé réguliers.

Le 5 décembre 2014, le réseau de santé autochtone a organisé un événement intitulé *Traditional Healing in Today's Health System* (La guérison traditionnelle dans le système de soins de santé actuel). L'objectif de cette séance était de favoriser la mise en place d'un forum adapté sur le plan culturel, afin que les patients autochtones et leurs familles puissent mettre en commun des histoires personnelles et participer à une discussion utile concernant l'accès aux services de guérison traditionnelle. Les apprentissages du jour (résumés dans un rapport destiné à la communauté, accessible sur le site Web du RLISS) ont offert une rétroaction communautaire utile qui servira à éclairer et à élaborer les objectifs et les priorités stratégiques futurs par le réseau de santé autochtone.

Voici certaines recommandations clés du rapport :

- Améliorer la sensibilisation et la compréhension à l'égard des cultures autochtones en échangeant avec les fournisseurs habituels, en offrant de la formation en sensibilisation culturelle et en créant des milieux hospitaliers appropriés sur le plan culturel.
- Améliorer l'accès aux services traditionnels en augmentant l'accès à la guérison traditionnelle et en élargissant le programme des intervenants pivots auprès des patients autochtones.
- Explorer des possibilités de financement afin d'offrir un appui financier aux guérisseurs traditionnels.
- Faire participer régulièrement les collectivités autochtones et continuer à créer des forums qui permettent aux gens de mettre en commun leurs histoires, d'en apprendre davantage au sujet de leur système de soins de santé et de poser des questions.

Participation des francophones

La *Loi de 1986 sur les services en français de l'Ontario* reconnaît l'apport des Francophones au patrimoine historique, culturel et linguistique de la province. Elle garantit aux Franco-Ontariens le droit de communiquer avec le gouvernement dans leur langue maternelle et de recevoir des services en français. En vertu des exigences de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local (LHSIA)*, le RLISS doit s'assurer que la population francophone a un accès équitable à une gamme complète de services de santé en français. À cette fin, le RLISS finance, planifie et soutient les services de santé en français et assure la participation de la communauté francophone dans le processus. Les résidents et les intervenants francophones connaissent le mieux leurs communautés. L'objectif consiste à assurer de meilleurs résultats pour les services de santé en français, tout en reconnaissant et en respectant la diversité des communautés francophones.

Partenaires en santé

Le RLISS de HNHB, le RLISS de Waterloo Wellington et l'Entité de planification des services en français (l'Entité) dans les régions de Waterloo-Wellington, de Hamilton-Niagara ont signé une entente de financement et de responsabilisation de cinq ans entrée en vigueur le 1er avril 2011. Celle-ci énonce les rôles et responsabilités de chaque partie en ce qui a trait à la prestation de conseils par l'entité sur :

- les façons de faire participer sa collectivité francophone;
- les besoins et priorités de sa collectivité francophone en matière de santé, notamment ceux des divers groupes qui la composent;
- les services de santé auxquels a accès la collectivité francophone;
- le choix et la désignation de fournisseurs de services de santé en vue de la prestation de services de santé en français dans le RLISS;
- les stratégies visant à améliorer l'accès aux services de santé en français, leur accessibilité et leur intégration au sein du système de santé local;
- la planification et l'intégration des services de santé en français dans les RLISS de Waterloo Wellington et de HNHB.

L'entente de responsabilisation a mandaté l'établissement d'un comité de liaison conjoint dont le rôle consiste à élaborer des processus de dialogue et de collaboration continus et un plan d'action conjoint annuel (PACA) énonçant les objectifs, priorités et actions de chaque partie pour l'exercice en cours.

Participation de la communauté francophone

Le RLISS de HNHB a participé à trois réunions organisées en collaboration avec l'Entité afin de promouvoir le nouveau programme de jour bilingue pour adultes, destiné aux aînés et aux personnes handicapées à Hamilton.

Le RLISS a également participé aux réunions et aux activités communautaires pour la communauté francophone afin de promouvoir les services et les programmes de santé et de se renseigner sur les besoins de la population. Les participants à ces réunions ont préparé une brochure énumérant les programmes et services offerts à la communauté francophone.

Les fournisseurs de services de santé en français doivent élaborer une stratégie de participation pour comprendre la communauté francophone ainsi que ses intervenants et intégrer leurs besoins particuliers dans le processus de planification. Le RLISS a participé activement aux discussions sur la planification concertée des organismes francophones (notamment la Table interagence francophone du Niagara et la

Table interagence de Hamilton). Ces séances de participation communautaire étaient des tables de planification concertée qui permettent aux partenaires de s'associer et de promouvoir leurs services dans la communauté.

Écouter, apprendre et mettre au point des services

En réponse à un besoin déterminé et dans le cadre de la stratégie de financement pour la santé mentale dans la communauté, le RLISS a accordé 19 145 $ au Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara aux fins de mettre en œuvre sa stratégie de promotion de la santé mentale et de la résilience destinée à l'ensemble des francophones du RLISS. La stratégie permettra d'élargir la formation existante (p. ex. premiers soins en santé mentale, SafeTALK, formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide [ASIST] et Parlons de la maladie mentale) en français aux familles, aux soignants et aux professionnels qui ne sont pas du domaine de la santé, et ce, dans l'ensemble du RLISS.

Les RLISS ont également engagé tous les fournisseurs de services de santé à l'égard de l'amélioration de la connaissance et de la sensibilisation relativement aux services en langue française, afin d'augmenter l'accès à des services de santé de qualité en français et de les aider dans la planification et la mise en œuvre des services en français destinés à leur clientèle francophone.

Dans le but de continuer à explorer des solutions visant à améliorer l'accès aux services de santé, le RLISS a facilité la mise en place de séances d'éducation sur le diabète par l'intermédiaire du Réseau Télémédecine Ontario (RTO).

En réponse à un besoin exprimé par les membres de la communauté francophone de Hamilton, les RLISS continuent à travailler avec l'entité, la collectivité et les foyers de soins de longue durée afin d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie visant à accroître l'accès aux lits de foyers de soins de longue durée aux francophones de Hamilton.

Participation des médecins

La participation des médecins est un élément clé de la planification et de la mise en œuvre de nombreuses stratégies dans l'ensemble du RLISS. Au cours des dernières années, le RLISS a mis sur pied divers réseaux de médecins actifs et groupes provisoires formés notamment de spécialistes et de médecins de famille.

Le groupe des dirigeants médicaux, qui se rencontre depuis plus de sept ans, est composé de médecins-chefs ou de vice-présidents des services médicaux de chacun des hôpitaux. Durant les réunions mensuelles, les membres étudient les données de temps d'attente et l'accès aux soins, puis formulent des commentaires sur de nombreuses initiatives déjà mises en œuvre à l'échelle du RLISS. Récemment, ce groupe a fourni des conseils sur la préparation en cas d'épidémie de l'Ebola. De plus, il a joué un rôle essentiel dans la réussite de la mise en œuvre du programme concernant les malades en phase critique. Ce groupe fournit également l'occasion aux petits hôpitaux comme aux grands hôpitaux universitaires de discuter d'enjeux concernant l'ensemble du RLISS, notamment les quarts de travail de garde et la collaboration en vue d'améliorer l'expérience du patient dans tout le RLISS.

Le réseau de l'imagerie diagnostique (ID) (radiologues) et les collègues orthopédistes de celui-ci ont formé un sous-groupe dans le but d'élaborer des lignes directrices sur la pertinence de l'utilisation de la tomodensitométrie/de l'IRM ou des radiographies simples chez les patients faisant l'objet d'une évaluation

en vue d'une arthroplastie éventuelle. Ces lignes directrices ont été communiquées à tous les médecins de soins primaires dans la région du RLISS. Une activité éducative s'est tenue avec des médecins de famille, des chirurgiens orthopédistes (arthroplastie et colonne vertébrale) ainsi qu'avec un neurochirurgien afin de discuter des signes avant-coureurs et des examens appropriés pour leurs patients. Cette approche, qui a intégré les lignes directrices et les discussions informelles de la campagne Choisir avec soin (*Choosing Wisely Canada*), a été bien accueillie par les participants.

Choisir avec soin reconnaît l'importance d'éduquer et de faire participer les patients afin qu'ils puissent faire des choix éclairés à propos de leurs soins. Choisir avec soin aide les patients, leurs familles et les médecins, à comprendre les circonstances dans lesquelles certaines procédures sont nécessaires ou non, de même que les mesures que les patients peuvent prendre pour améliorer leur santé.

Le Comité d'imagerie diagnostique de HNHB a rédigé un plan de communication détaillé visant à accroître la sensibilisation des fournisseurs de soins primaires travaillant tant dans la collectivité que dans les hôpitaux, afin de réduire les tests inutiles subis par les patients, tout en s'assurant de mettre en correspondance, d'une part, le travail et l'éducation des patients et, d'autre part, les principes sous-tendant la campagne Choisir avec soin.

Composé de médecins de soins primaires et des 11 responsables de la médecine familiale des maillons santé, le réseau de soins primaires du RLISS a formulé régulièrement des suggestions en matière de stratégies cliniques en voie d'application dans l'ensemble du RLISS et offert de l'assistance au personnel et aux fournisseurs afin de mieux leur faire comprendre en quoi le fait de répondre aux besoins en matière de soins primaires et de médecins de famille peut contribuer à aider leurs patients. Par exemple, le Réseau de soins primaires a fourni des exemples concrets au CASC de HNHB quant à la façon dont ils pourraient améliorer l'expérience des patients, notamment grâce à la normalisation du formulaire d'orientation du CASC, qui a été mis en œuvre dans l'ensemble du RLISS.

Afin d'améliorer la participation des patients atteints du diabète à l'un des programmes d'éducation du diabète (PED) du RLISS, les membres du Réseau de soins primaires ont rencontré le personnel responsable des PED, ce qui a permis de mieux comprendre les services éventuellement offerts aux patients diabétiques et de leur formuler des conseils et des suggestions. Cette collaboration a produit une augmentation spectaculaire du nombre d'orientations de patients vers les PED.

En 2014-2015, les activités et les responsabilités liées à la planification et à la préparation des soins de santé ont augmenté en vue des Jeux panaméricains et parapanaméricains de 2015, qui se dérouleront dans la région du grand Toronto et de Hamilton en juillet et août 2015. Les Jeux auront lieu dans quatre zones, et le RLISS de HNHB a assumé la responsabilité pour la planification de la zone ouest. Cette zone comprend les RLISS de HNHB, de Mississauga Halton (MH) et du Centre-Ouest. En étroite collaboration avec le personnel des trois RLISS, le RLISS de HNHB doit veiller à ce que les partenaires hospitaliers et communautaires, ainsi que les consultants et les médecins de soins primaires soient bien conscients de l'incidence éventuelle des divers événements organisés un peu partout dans les trois RLISS. La planification et la préparation entreprises en vue des Jeux seront précieuses et permettront de tirer de bonnes leçons et d'apprendre des processus utiles en vue de la préparation aux situations d'urgence dans l'avenir.

Comité consultatif des professionnels de la santé

Le Comité consultatif des professionnels de la santé (CCPS) a continué à fournir des commentaires et des idées au RLISS. Axé sur l'optimisation de la prestation de soins interdisciplinaires et des champs d'exercice au sein du RLISS, en 2014-2015, le CCPS s'est surtout concentré sur le domaine de la santé mentale et des toxicomanies et a contribué au processus de planification de la santé mentale et des toxicomanies en fournissant de précieux conseils et commentaires au RLISS.

Dans le but de continuer à accueillir des membres très compétents pour répondre aux besoins et à l'orientation du Comité, quatre nouvelles personnes – ayant tous de l'expérience en santé mentale – se sont ajoutées au Comité en 2014-2015.

Le Comité a effectué un exercice de cartographie de la chaîne de valeur afin d'examiner les diverses transitions pour les patients atteints de problèmes de santé mentale et de toxicomanie dans le RLISS; cette information indiquera clairement les domaines d'intérêt en vue desquels le CCPS pourra contribuer au plan stratégique en santé mentale du RLISS de HNHB.

Plan stratégique pour le système de santé (PSSS) du RLISS de HNHB – Améliorer considérablement l'expérience du patient en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur.

L'année 2014-2015 a marqué le mi-chemin du Plan stratégique pour le système de santé (PSSS) sur cinq ans du RLISS de HNHB. Le PSSS a entraîné l'élaboration continue d'un système de soins de santé qui améliore considérablement l'expérience des patients au moyen de la qualité, de l'intégration et de la valeur. Les actions continues au sein du PSSS enchâssent une culture de qualité dans l'ensemble du système de santé, intègrent la prestation des services et élargissent le rôle des RLISS pour qu'ils deviennent des commissaires à la santé.

Le PSSS a pour but d'établir un système de soins de santé fondé sur des données probantes, intégré et axé sur la personne, qui focalise sur :

- l'expérience de l'usager du système de santé;
- la santé d'une population définie;
- les dépenses de santé par habitant.

Amélioration de la qualité à l'échelle du système

L'orientation stratégique visant à améliorer considérablement l'expérience des patients au moyen de l'enchâssement d'une culture de la qualité dans l'ensemble du système se poursuit à l'échelle de tout le RLISS de HNHB. Le RLISS, ses fournisseurs de services de santé et ses partenaires continuent à participer au travail d'amélioration de la qualité – la compréhension des possibilités, la planification et la mise en œuvre d'initiatives, la surveillance des données et les changements nécessaires, au besoin –, dans le but d'améliorer les soins offerts aux patients.

Divers comités, groupes de travail et réseaux de partout dans le RLISS se consacrent à l'amélioration continue des résultats pour la santé des gens. Le Comité directeur des services des urgences (CDSU), le réseau régional des soins palliatifs, le comité directeur de la circulation des patients, le comité directeur de la vision, le comité directeur en santé mentale et en lutte contre la toxicomanie mettent les patients au centre de leurs activités.

Le conseil d'orientation de la qualité est présidé par la directrice générale du RLISS de HNHB et du CASC de HNHB. Issus de tous les secteurs du système de soins de santé, les membres formulent des commentaires, des idées et de la rétroaction afin d'aider à créer et à soutenir la culture de la qualité. En 2014-2015, un certain nombre de domaines d'intérêt clés du plan de qualité du RLISS approuvé et appuyé par le conseil d'orientation de la qualité ressortaient.

Obligations en matière de qualité

Les fournisseurs de services de santé (FSS) étaient tenus d'élaborer et de soumettre des plans de qualité décrivant leurs objectifs et les initiatives visant à améliorer les résultats en matière de santé et l'expérience des soins par les patients, les clients et les résidents. Les plans de qualité ont été examinés par le personnel du RLISS et des thèmes récurrents ont été déterminés. Les plans indiquaient qu'un grand nombre d'organismes se consacraient à l'amélioration de l'expérience des soins, à une augmentation de la satisfaction du personnel et des bénévoles, à une amélioration sur le plan de l'accès, des transitions et du

cheminement des patients dans le système, à une bonne gestion des ressources financières et autres, et à la surveillance des indicateurs de qualité.

Les FSS ont également soumis une politique relative à la qualité approuvée par le conseil d'administration ainsi qu'un tableau de bord équilibré d'indicateurs de rendement clés. La présentation et l'examen de ces documents ont fourni au RLISS des occasions de fournir de la rétroaction à ses organismes financés et d'engager avec eux un important dialogue sur la qualité.

Un examen plus approfondi des plans de qualité, des tableaux de bord et des politiques sera mené en 2015-2016 en vue de cerner les besoins en matière d'application des connaissances et de consolider les liens entre la planification des fournisseurs, la gestion du rendement et le processus de commissionnement du RLISS.

Expérience du patient

La création d'une expérience de soins de santé positive pour les patients, les résidents et les clients est fondamentale pour le RLISS de HNHB et ses fournisseurs. Tous les aspects des soins et des services influent sur la perception de leur expérience.

En 2014-2015, le RLISS, en consultation avec le conseil d'orientation de la qualité, a mis au point un cadre de travail sur l'expérience des patients, qui sera utilisé pour guider le travail du RLISS et déployé en tant que ressource pour les FSS en 2015-2016. En fonction des discussions avec le conseil d'orientation de la qualité, une obligation locale a été incluse dans les annexes modifiées de l'entente de responsabilisation en matière de services (2015-2016) pour tous les fournisseurs de services de santé qui doivent effectuer la collecte et la déclaration de données relatives à l'expérience des patients – notamment la perception de la satisfaction globale du patient et la participation aux soins.

Qualité des services de santé Ontario est un des nombreux organismes à avoir entrepris d'effectuer des enquêtes sur l'expérience des patients en 2014-2015. Les données regroupées sur le plan du système qui proviennent de ces enquêtes seront utiles pour l'équipe du RLISS, car celui-ci cherche d'autres occasions d'améliorer l'expérience du patient dans l'ensemble du RLISS.

Gestion du rendement

La politique de responsabilisation en matière de rendement décrit les principes devant guider la gestion du rendement et établit une relation claire entre le RLISS et les FSS, le rôle de gouvernance dans l'amélioration du rendement, en plus de déterminer les étapes visant à régler les problèmes de rendement.

La politique aide à répondre aux questions clés en matière d'efficacité, d'efficience et de qualité :

- Les fournisseurs de services de santé offrent-ils ce qu'ils sont censés offrir? (Efficacité)
- Les fournisseurs de services de santé fournissent-ils les services d'une façon aussi efficace que possible? (Efficience)
- Y a-t-il des choses que d'autres fournisseurs de services de santé peuvent mieux faire? (Qualité)

Reconnaissant l'importance de la surveillance du volume de prestation de services, de l'efficacité et de la bonne gestion des ressources, le RLISS a poursuivi ses efforts visant à créer un solide système de gestion du rendement. Les RLISS et les FSS mettent au point des plans de mesure afin de constamment ajouter des indicateurs des résultats pour la santé et de s'assurer que ceux-ci concordent avec les orientations stratégiques. À cette fin, le personnel du RLISS tient des discussions continues sur l'élaboration et la normalisation des paramètres clés concernant divers programmes et centres fonctionnels. La gestion du

rendement est essentielle pour s'assurer d'offrir les meilleurs services et programmes de soins de santé aux personnes qui en ont besoin.

Gestion des risques d'entreprise

Le RLISS a adopté une approche de gestion des risques d'entreprise pour cerner, mesurer, atténuer et communiquer ses principaux risques.

Voici certains éléments clés de la gestion des risques d'entreprise :

- La surveillance du risque stratégique, opérationnelle, financière et d'atteinte à la réputation tant des fournisseurs que du RLISS; il incombe au personnel de tous les niveaux de l'organisation de cerner les risques;
- Le personnel consultera la direction du RLISS de HNHB afin de déterminer si un risque plus élevé doit être communiqué ou non au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD);
- Les risques seront transmis aux dirigeants sur une base régulière;
- Chaque risque sera mis à jour jusqu'à ce qu'il ait été atténué au moyen de plans de gestion du risque.

Le nombre de FSS dans la région du RLISS et leur complexité exigent une priorisation en fonction des risques déterminés. Le RLISS a élaboré et mis en œuvre une méthode de classement des risques sur une base trimestrielle afin d'évaluer la conformité des contrats, les indicateurs de rendement clés et les principaux indicateurs financiers.

Le RLISS soumet régulièrement des rapports sur les risques au Comité de la qualité et de la sécurité du conseil d'administration ainsi qu'au MSSLD. La surveillance du risque organisationnel représente une des façons dont le RLISS s'assure de maximiser les ressources financières, l'accès aux services et aux meilleurs soins pour les gens et les membres de leurs familles.

Intégration – Maillons santé, un nouveau modèle pour la prestation intégrée de services de santé

Dans le cadre de son PSSS, le RLISS de HNHB a déterminé trois orientations stratégiques clés appuyant son objectif stratégique d'améliorer considérablement l'expérience des patients en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur. Améliorer l'expérience du patient en intégrant la prestation de services commence à l'échelle locale : l'intégration de la prestation de soins à un groupe d'individus, une personne à la fois. La prestation de services intégrés signifie que le système met l'accent sur les soins axés sur le patient, notamment en appuyant le modèle de soins des maillons santé.

En février 2015, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a fait l'annonce de *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*, la prochaine étape du plan de l'Ontario en vue de transformer et d'améliorer le système de santé de la province, qui se concentre notamment sur les soins en fin de vie ainsi que sur la santé mentale et les toxicomanies. Cette étape, qui met à profit les progrès réalisés depuis le premier Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé publié en 2012, se concentre sur les besoins des patients et les priorise. La priorité accordée aux patients jette les bases des maillons santé, un modèle de soins de santé visant à améliorer les soins aux patients qui présentent des besoins importants, en mettant d'abord l'accent sur les personnes âgées et les patients atteints de maladies chroniques.

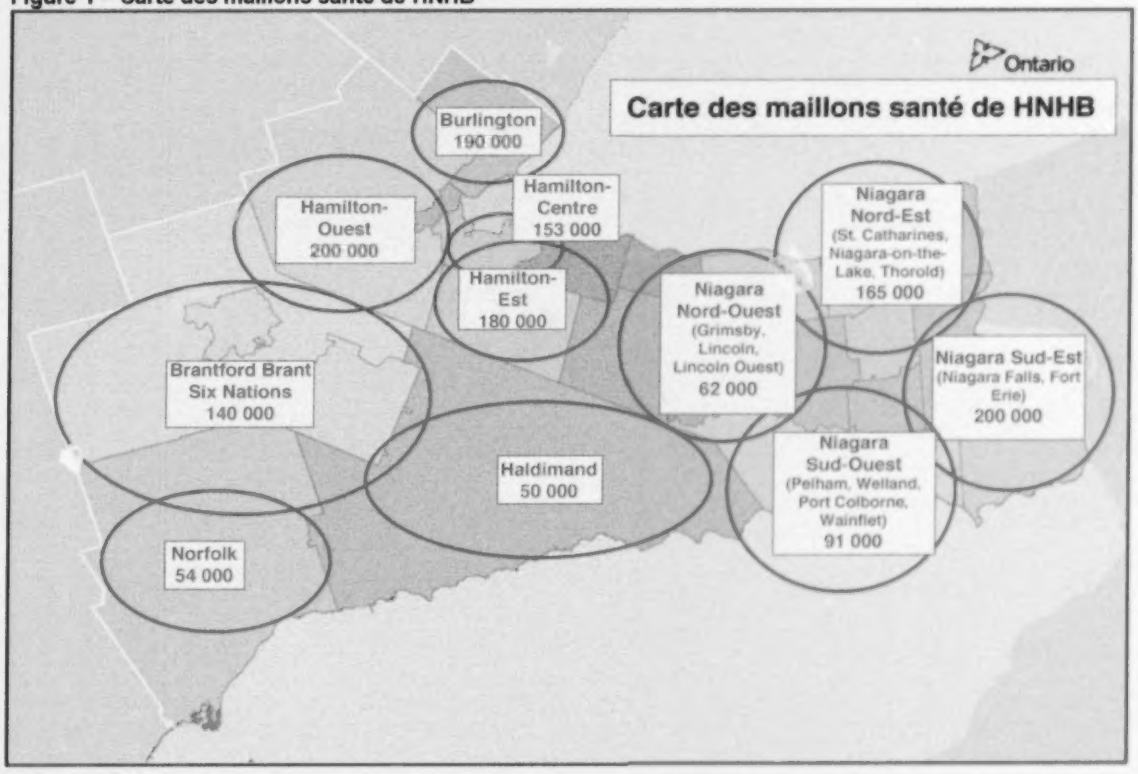
L'initiative des maillons santé est un catalyseur de l'amélioration de la qualité des soins. Il s'agit d'une pierre angulaire du système de soins primaires qui met les patients en contact avec les soins communautaires et utilise les ressources de manière plus efficiente et efficace. L'initiative respecte les variantes et les besoins à l'échelle locale, mais se conforme aussi à une série de principes de base, dont les suivants :

- soins axés sur le patient;
- participation des patients, de même que de leurs familles et de leurs soignants;
- participation importante des fournisseurs de santé;
- correspondance et intégration des points de transitions entre les soins;
- planification englobant tous les aspects des besoins et des objectifs du patient.

Travail de base

Soucieux de refléter la répartition géographique et la diversité de la population du RLISS, onze maillons santé prospectifs (le nombre le plus important par rapport aux autres RLISS de la province) ont été déterminés. À la fin l'exercice financier 2014-2015, 10 des 11 maillons santé avaient été approuvés et étaient opérationnels, l'approbation du dernier maillon santé étant toujours en attente.

Figure 1 – Carte des maillons santé de HNHB



Identifier le client du maillon santé

Le RLISS s'est associé à des experts et à des organismes locaux pour identifier les personnes les plus susceptibles de profiter d'une participation aux maillons santé. Selon les données disponibles pour l'année 2012, le RLISS comptait 2 292 personnes qui répondaient aux critères suivants : quatre visites ou

plus au service des urgences et trois hospitalisations ou plus au cours de la dernière année. En outre, les coordonnateurs de maillon santé ont établi des partenariats avec les services des urgences des hôpitaux, le personnel affecté aux patients hospitalisés et les médecins de soins primaires, afin d'identifier, en fonction de renseignements plus récents, d'autres personnes qui pourraient recevoir des bienfaits des maillons santé.

Défis locaux, solutions locales

Une structure de gouvernance a été mise en place pour assurer la réussite de la mise en œuvre des maillons santé partout dans le RLISS de HNHB; des comités et des groupes de travail locaux ont été créés pour superviser et fournir une orientation ainsi que des recommandations, notamment :

- Un comité directeur composé de chefs dont l'objectif consiste à assurer l'harmonisation entre les orientations locales des maillons santé, d'une part, et les priorités des gouvernements provinciaux et du RLISS, d'autre part;
- Un comité des opérations composé de chefs de projet dont l'objectif consiste à déterminer et à diffuser les pratiques exemplaires à tous les maillons santé;
- Des groupes de travail dont l'objectif consiste à élaborer une approche pour l'échelle du RLISS concernant :
    - les rapports sur les indicateurs standards;
    - la coordination des soins;
    - la planification d'une solution découlant des technologies de l'information, visant à transmettre le plan de soins aux patients et à ceux qui font partie de leur cercle de soins.

Principales initiatives

Coordination des soins

Le RLISS a fait appel aux fournisseurs, aux partenaires et aux intervenants pour entamer d'importants dialogues qui aboutiraient finalement à la coordination des soins, élément au cœur des maillons santé. En 2014-2015, les fournisseurs de soins de santé ont terminé 236 plans de soins coordonnés pour des patients ayant des besoins élevés. Ces plans de soins adoptent des pratiques exemplaires liées à la planification des soins centrés sur la personne.

Soins paramédicaux communautaires

Le RLISS a continué de faciliter l'établissement de partenariats entre les maillons santé et les équipes locales chargées des services médicaux d'urgence, en vue d'élargir le rôle du personnel paramédical afin de mieux combler les besoins complexes des patients. Selon de nouveaux modèles mis en œuvre au sein des maillons santé, le personnel paramédical rend visite aux patients dans leur communauté ou à domicile pour les aider à mieux prendre en charge leurs maladies chroniques. Cette approche des soins offerts aux patients a pour objectif de réduire les visites à l'hôpital ainsi que de garantir l'utilisation appropriée des ressources communautaires et de soins primaires.

Intégration des programmes cliniques

La planification continue des services cliniques concorde directement avec le Plan stratégique pour le système de santé du RLISS de HNHB, qui vise à établir un système de soins de santé intégrés à l'échelle locale offrant aux gens des soins coordonnés de grande qualité, rentables et produisant les meilleurs résultats pour la population.

Le RLISS suit un processus uniforme pour l'élaboration de programmes cliniques intégrés à l'échelle de sa région. Ce processus a remporté beaucoup de succès et permis d'obtenir des résultats mesurables mis en évidence par le plan de services de cancérologie intégrés, le plan de services cliniques vasculaires intégrés et le plan de services cliniques thoraciques.

La réussite est attribuable à un processus défini avec des attentes claires, à un engagement et une direction solides de la part des médecins, ainsi qu'à un leadership administratif et organisationnel solide. Les cliniciens évaluent chaque patient et déterminent le degré d'urgence du traitement, qui va du plus urgent (priorité 1 ou P1) au moins urgent ou non urgent (priorité 4 ou P4).

Programmes cliniques intégrés à l'échelle du RLISS

Le concept clé qui sous-tend les programmes cliniques intégrés à l'échelle du RLISS est celui du « programme unique à plusieurs emplacements ». Tous les résidents du RLISS devraient avoir accès à un programme coordonné utilisant la même approche à l'égard de la prestation des services et les mêmes normes de qualité. Cela exige une normalisation accrue et une réduction de la variation clinique entre les fournisseurs. Pour ce faire, on utilise des définitions communes et des processus d'acheminement des patients, des modèles de soins et des processus d'amélioration de la qualité communs fondés sur des pratiques exemplaires, ainsi que des effets, des objectifs, des résultats et des paramètres communs.

Orthopédie

Le Plan de capacité orthopédique intégrée a permis de mettre au point des modèles d'ordonnances orthopédiques, des parcours de soins normalisés et des ressources éducatives pour les patients dans les milieux hospitaliers du RLISS, ce qui permet d'assurer l'uniformité des soins de qualité offerts aux patients du RLISS.

Le RLISS a également mis en œuvre des partenariats de collaboration avec les hôpitaux afin d'améliorer les temps d'attente et de promouvoir la normalisation dans l'ensemble du RLISS pour les patients devant subir une arthroplastie totale. L'accent a été mis spécifiquement sur la gestion des listes d'attente, la production de rapports exacts sur des données, la réorientation vers le premier chirurgien disponible. S'assurer que les patients peuvent accéder aux soins dont ils ont besoin en temps opportun est primordial; c'est d'ailleurs ce que ces mesures précises arrivent à concrétiser.

Les réunions mensuelles entre le RLISS et les directeurs des soins orthopédiques/chirurgicaux visaient notamment l'adoption d'une approche pour l'ensemble du RLISS, en vue de mettre en commun les pratiques exemplaires et les réussites, afin de s'assurer :

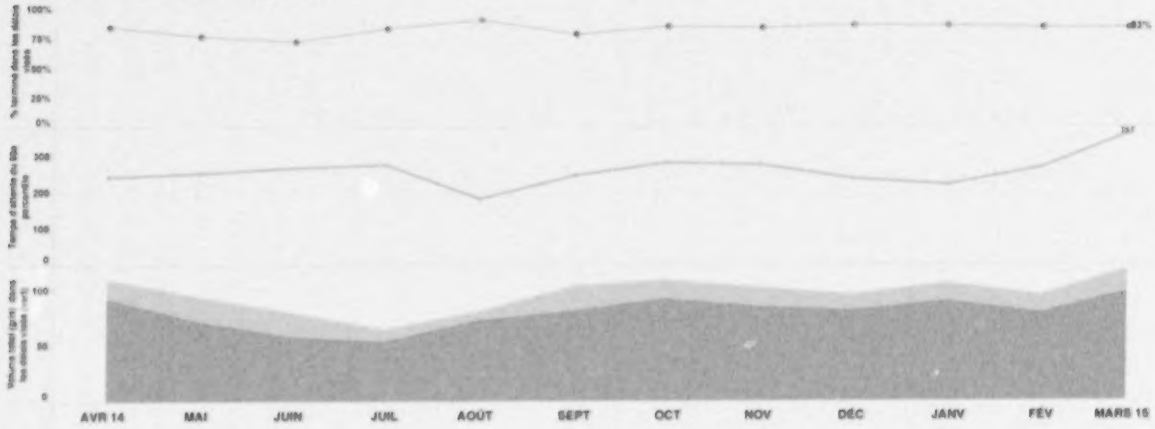
- d'accroître la précision des données sur les temps d'attente et de mieux comprendre la variation ainsi que les occasions d'amélioration à l'échelle du RLISS;
- de mettre l'accent sur les rendez-vous accordés aux personnes ayant attendu le plus longtemps, en particulier lorsque le délai d'attente est supérieur à 182 jours;
- que les temps d'attente spécifiques des chirurgiens sont communiqués à l'ensemble des chirurgiens orthopédiques dans tout le RLISS; par ailleurs, l'on s'attend à ce que le chirurgien offre aux patients différentes options ainsi qu'une réorientation vers des chirurgiens dont la liste d'attente est moins longue, s'il y a lieu.

Le Comité directeur de l'orthopédie du RLISS de HNHB s'est vu confier la responsabilité d'assurer le maintien des réalisations de qualité obtenues jusqu'à présent, de même que d'établir les résultats à atteindre à l'avenir. Le comité directeur a activement participé à l'examen provincial du CIAC (Central Intake and Assessment Centre), mené par Action Cancer Ontario (ACO) et le MSSLD. Il saisit l'occasion pour réexaminer la vision et la structure du programme régional d'évaluation des articulations, dans le but d'intégrer les pratiques exemplaires et de chercher des occasions d'améliorer l'efficacité sur le plan de la structure et de l'exploitation du CIAC. Le but ultime consiste à améliorer l'expérience des patients et à réduire les temps d'attente.

En 2014-2015, le travail avec les hôpitaux s'est poursuivi en vue d'atteindre et de surpasser les cibles indiquées dans le tableau de bord sur les services orthopédiques, en mettant l'accent sur les objectifs relatifs aux temps d'attente. Appuyé par un leadership axé sur l'atteinte de résultats et l'intégration des structures existantes, le programme régional d'évaluation des articulations a permis de cerner des recommandations prioritaires en vue de réduire encore davantage les temps d'attente, y compris l'adoption une politique en matière de temps d'attente.

En 2005, par exemple, après avoir décidé en collaboration avec leur spécialiste de subir une arthroplastie de la hanche, 9 personnes sur 10 du RLISS ont dû attendre jusqu'à 416 jours, soit plus de 13 mois. Les résultats les plus récents de l'exercice 2014-2015 soulignent une nette amélioration de l'accès à ces interventions chirurgicales au sein du RLISS, où les temps d'attente ont été réduits de 124 jours (quatre mois) par rapport à ceux de 2005 (soit une réduction de 29,8 % du temps d'attente). Cela signifie que 83 % des arthroplasties de la hanche de priorité 4 chez les adultes ont été réalisées dans le délai cible de 182 jours au cours de l'exercice 2014-2015.

Figure 2 – Surveillance mensuelle des cas de priorité 4 par le RLISS de HNHB : Arthroplastie totale de la hanche (exercice 2014-2015)

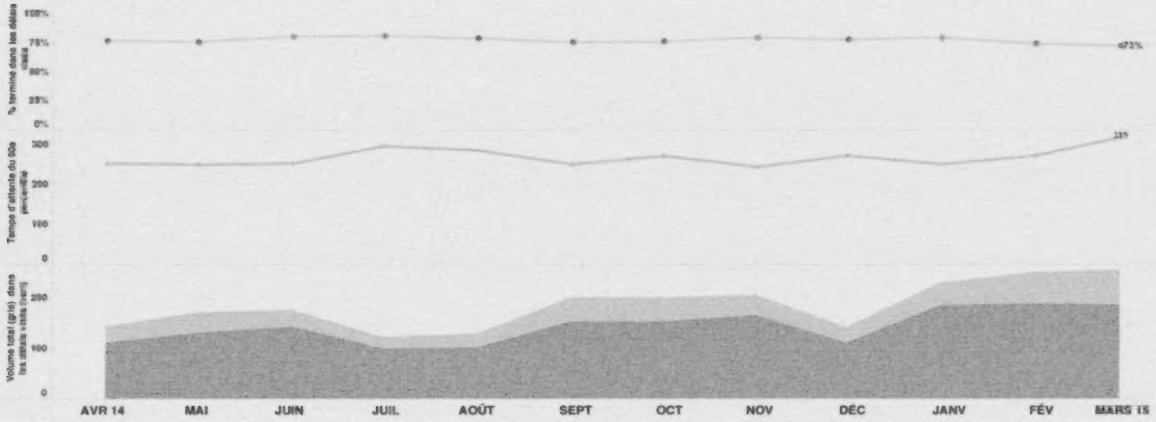


(Source : WTIS iPort Access.) Notes : Le rendement en matière de temps d'attente (% à l'intérieur de la cible d'accès provinciale) est codé en VERT s'il est égal ou supérieur à la cible établie par le RLISS de HNHB, en ROUGE s'il est inférieur. Les temps d'attente ne sont pas indiqués lorsqu'il y a moins de six cas en un mois.

En 2005, 9 personnes sur 10 ayant subi une arthroplastie du genou dans le RLISS ont attendu jusqu'à 450 jours, ou 14 mois, après avoir décidé avec leur spécialiste de subir la chirurgie. Les résultats les plus récents soulignent une nette amélioration de l'accès à ces interventions chirurgicales au sein du RLISS, où les temps d'attente ont été réduits de 158 jours (cinq mois) par rapport à ceux de 2005 (soit une réduction

de 35,1 % du temps d'attente). Cela signifie que 73 % des arthroplasties du genou de priorité 4 chez l'adulte ont été réalisées dans le délai de 182 jours au cours de l'exercice 2014-2015.

Figure 3 – Surveillance mensuelle des cas de priorité 4 par le RLISS de HNHB : Arthroplastie du genou (exercice 2014-2015)



(Source : WTIS iPort Access.) Notes : Le rendement en matière de temps d'attente (% à l'intérieur de la cible d'accès provinciale) est codé en VERT s'il est égal ou supérieur à la cible établie par le RLISS de HNHB, en ROUGE s'il est inférieur. Les temps d'attente ne sont pas indiqués lorsqu'il y a moins de six cas en un mois.

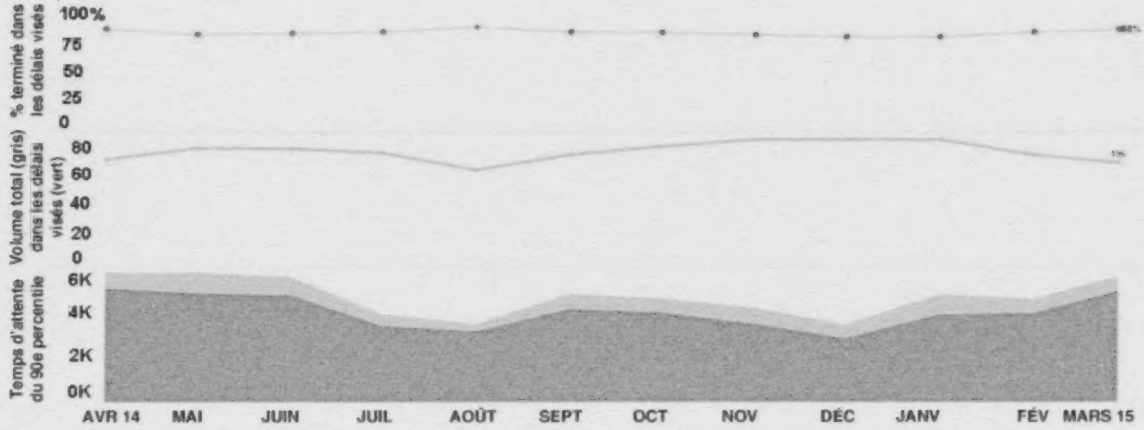
Ophtalmologie

Les chirurgiens de la cataracte évaluent chaque patient et déterminent le degré d'urgence du traitement, qui va du plus urgent (priorité 1) au moins urgent (priorité 4).

En 2014-2015, 14 522 interventions chirurgicales de la cataracte de priorité 4 ont été réalisées au sein du RLISS, ce qui a permis d'améliorer la vision et la qualité de vie des personnes concernées.

Parmi les chirurgies de priorité 4, 88 % ont été réalisées dans la cible de 182 jours. Bien que ce résultat soit bon, il est de 2 % inférieur à la cible provinciale annuelle. Cela reflète la demande élevée et continue de l'intervention chirurgicale de la cataracte au sein du RLISS à l'heure actuelle.

Figure 4 – Surveillance mensuelle des cas de priorité 4 par le RLISS de HNHB : Cataractes (exercice 2014-2015)



(Source : WTIS iPort Access.) Notes : Le rendement en matière de temps d'attente (% à l'intérieur de la cible d'accès provinciale) est codé en VERT s'il est égal ou supérieur à la cible établie par le RLISS de HNHB, en ROUGE s'il est inférieur. Les temps d'attente ne sont pas indiqués lorsqu'il y a moins de six cas en un mois.

Nous devons faire mieux au sein de notre RLISS; le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton a été déterminé comme étant le chef de file des organismes offrant des services médicaux et administratifs en ophtalmologie au sein du RLISS. Ce centre favorise l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes tout en normalisant la prestation des services cliniques.

Une approche intégrée des soins de la vue pour l'ensemble du RLISS continue à être mise en œuvre grâce au travail du Comité directeur d'ophtalmologie. Les activités sur lesquelles le comité se concentre et auxquelles il se consacre visent à créer une incidence positive sur l'expérience des patients. Il a d'ailleurs affiché des réussites dans les domaines suivants :

1. Priorisation des personnes ayant attendu le plus longtemps avant de subir une chirurgie de la cataracte. Réduction de la variation de l'accès en temps opportun à une chirurgie de la cataracte comme priorité dans tous les hôpitaux.
2. Réorientation des patients vers des chirurgiens, en vue de donner un accès plus rapide aux soins pour les patients acceptant de faire transférer leur dossier.
3. Accès transparent aux listes d'attente des dossiers ouverts des chirurgiens de la cataracte. Cet objectif a été atteint dans tous les centres hospitaliers par l'intermédiaire de leurs sites Web, dans le but de faciliter l'orientation de patients vers les chirurgiens dont la liste d'attente est la moins longue.
4. Amélioration du codage normalisé de la priorisation des patients devant subir une chirurgie de la cataracte en fonction du degré d'urgence de leur cas.
5. Une meilleure compréhension des données spécifiques des hôpitaux et des médecins a été obtenue grâce à l'engagement des chirurgiens et des responsables administratifs.
6. Résolution des problèmes de la qualité des données du programme de cibles d'efficacité en chirurgie.
7. Un modèle de chirurgie de la cataracte a été mis au point conjointement afin d'affecter les ressources à la chirurgie en fonction de la population, du besoin des patients et de la démonstration de la qualité au moyen de mesures déterminées.

La mise en commun et la mise en correspondance des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes, qui se poursuivent dans le cadre des réunions mensuelles du Comité directeur d'ophtalmologie à l'échelle du RLISS, seront maintenues par les membres de la direction de ce groupe.

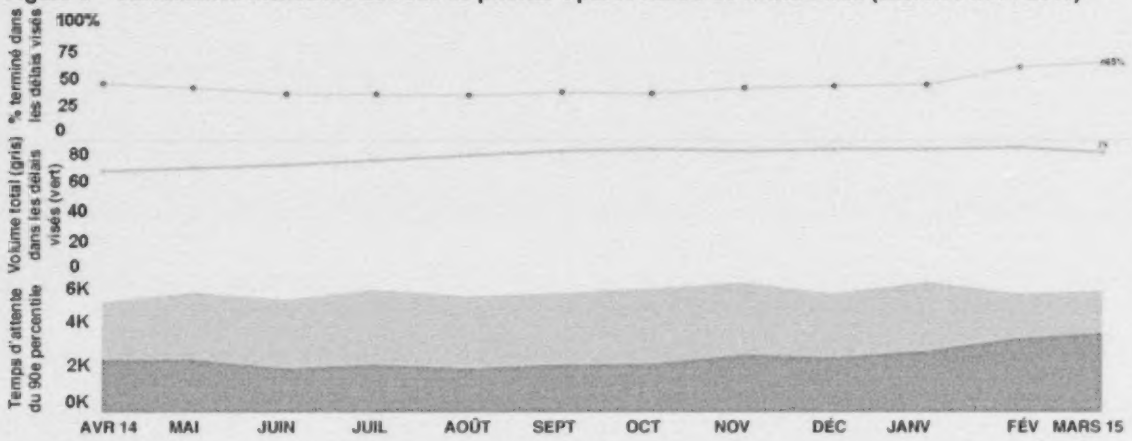
Imagerie diagnostique

En 2014-2015, 64 096 examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de priorité 4 et 37 931 tomodensitométries (TDM) de priorité 4 ont été réalisés au sein du RLISS. Même si ces chiffres sont impressionnants, nous savons qu'il nous reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour nous assurer que les personnes peuvent recevoir des soins lorsqu'ils en ont besoin.

Seulement 65 % des examens d'IRM et 63 % des TDM ont été réalisés dans la cible de 28 jours. Bien que nos résultats liés aux examens d'IRM aient été supérieurs de 5 % à la cible du RLISS de HNHB, nos résultats liés aux TDM étaient inférieurs de 10 % à la cible provinciale. Ces résultats reflètent la demande constante des examens d'IRM et de TDM, tendance qui continuera à représenter un domaine d'intérêt et d'attention pour le personnel du RLISS.

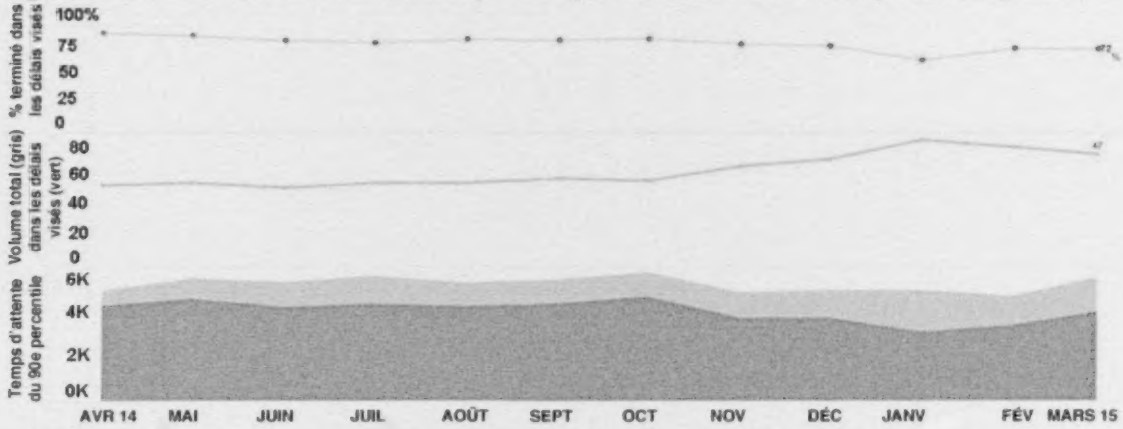
Nos résultats pour les cas P1 se sont améliorés (ce qui signifie que les patients devant subir des examens d'IRM et des TDM d'urgence reçoivent les soins dont ils ont besoin), mais les temps d'attente pour les cas P4 (qui concernent les patients présentant une affection qui ne met pas la vie en danger) demeurent préoccupants.

Figure 5 – Surveillance mensuelle des cas de priorité 4 par le RLISS de HNHB : IRM (exercice 2014-2015)



(Source : WTIS iPort Access.) Notes : Le rendement en matière de temps d'attente (% à l'intérieur de la cible d'accès provinciale) est codé en VERT s'il est égal ou supérieur à la cible établie par le RLISS de HNHB, en ROUGE s'il est inférieur. Les temps d'attente ne sont pas indiqués lorsqu'il y a moins de six cas en un mois.

Figure 6 – Surveillance mensuelle des cas de priorité 4 par le RLISS de HNHB : TDM (exercice 2014-2015)



(Source : WTIS iPort Access.) Notes : Le rendement en matière de temps d'attente (% à l'intérieur de la cible d'accès provinciale) est codé en VERT s'il est égal ou supérieur à la cible établie par le RLISS de HNHB, en ROUGE s'il est inférieur. Les temps d'attente ne sont pas indiqués lorsqu'il y a moins de six cas en un mois.

Le Comité directeur d'imagerie diagnostique pour l'ensemble du RLISS, composé de médecins et de responsables administratifs provenant de tous les hôpitaux qui offrent actuellement les examens d'IRM et les TDM, a poursuivi l'établissement de partenariats collaboratifs et la mise en commun de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes au sein des hôpitaux et entre ceux-ci.

Ce comité a travaillé en vue d'avoir des effets positifs sur l'expérience des patients de la manière suivante :

1. Priorisation des patients ayant les plus longs temps d'attente avant de subir un examen d'IRM ou une TDM, afin qu'ils puissent être vus en premier dans le but de réduire la variation du taux d'accès en temps opportun à ces tests.
2. La réorientation des patients vers des centres de TDM dont l'accès aux soins est plus rapide a été possible pour les patients qui acceptent de faire transférer leur dossier dans deux établissements collaborateurs.
3. L'accès transparent des médecins aux listes d'attente des examens d'IRM et des TDM pour l'ensemble des établissements du RLISS de HNHB a été facilité par la communication avec les médecins de soins primaires.
4. Révision du codage normalisé de la priorisation des patients devant subir des examens d'IRM et de TDM en fonction du degré d'urgence de leur cas.
5. Une meilleure compréhension des données spécifiques des hôpitaux a été obtenue pour l'ensemble du RLISS de HNHB, les radiologues et les responsables administratifs des centres d'IRM et de TDM s'étant engagés dans cette voie.
6. En collaboration avec des collègues radiologues et orthopédistes, un petit groupe de travail a formulé des recommandations sur les radiographies simples afin de réduire l'utilisation inappropriée des examens d'IRM et des TDM pour les patients qui se préparent en vue d'une arthroplastie éventuelle. Ces renseignements reposaient sur une pratique fondée sur des données probantes tirées du *Health Quality Ontario Clinical Handbook for Primary Hip and Knee Replacement*, qu'on est à transmettre à l'ensemble des médecins de soins primaires au sein du RLISS de HNHB.
7. Une activité éducative de la campagne Choisir avec soin portant principalement sur l'utilisation appropriée des examens d'IRM et des TDM s'est tenue en novembre 2014. Y ont assisté médecins de

famille, chirurgiens orthopédiques (arthroplastie et colonne vertébrale), ainsi que des neurochirurgiens, afin de discuter des signes avant-coureurs et des examens appropriés pour leurs patients.

8. Initiatives en cours visant à continuer à améliorer et à normaliser davantage l'efficacité des paramètres du tableau de bord de la phase 3 du Plan d'amélioration des rendements en matière d'IRM. Le projet de tableau de bord du Plan d'amélioration des rendements en matière d'IRM cherche à améliorer les processus et à réduire la variation d'un centre d'IRM à l'autre en normalisant les données et les rapports d'IRM.
9. Un modèle d'affectation dans le domaine des examens d'IRM a été élaboré en collaboration avec le Comité directeur d'imagerie diagnostique à l'échelle du RLISS, afin d'affecter des ressources à ces tests en fonction du besoin des patients, de l'efficacité opérationnelle des aimants et de la complexité des cas, et ce, en fonction de paramètres prédéterminés.
10. Détermination des repères temporels pour les examens courants d'IRM, en vue de trouver des occasions futures de normaliser les protocoles.
11. La formation d'un groupe de travail sur le recours aux examens d'IRM chez les enfants pour l'ensemble du RLISS a été entreprise pour commencer à résoudre les problèmes liés à l'accès et à la qualité de ces tests pour cette clientèle.

La mise en commun et la mise en correspondance des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes, qui se poursuivent dans le cadre des réunions bimensuelles du Comité directeur d'imagerie diagnostique à l'échelle du RLISS, du comité des directeurs des services d'imagerie diagnostique et des groupes de médecins en chef des services d'imagerie diagnostique, seront maintenues par les membres de la direction de ces groupes.

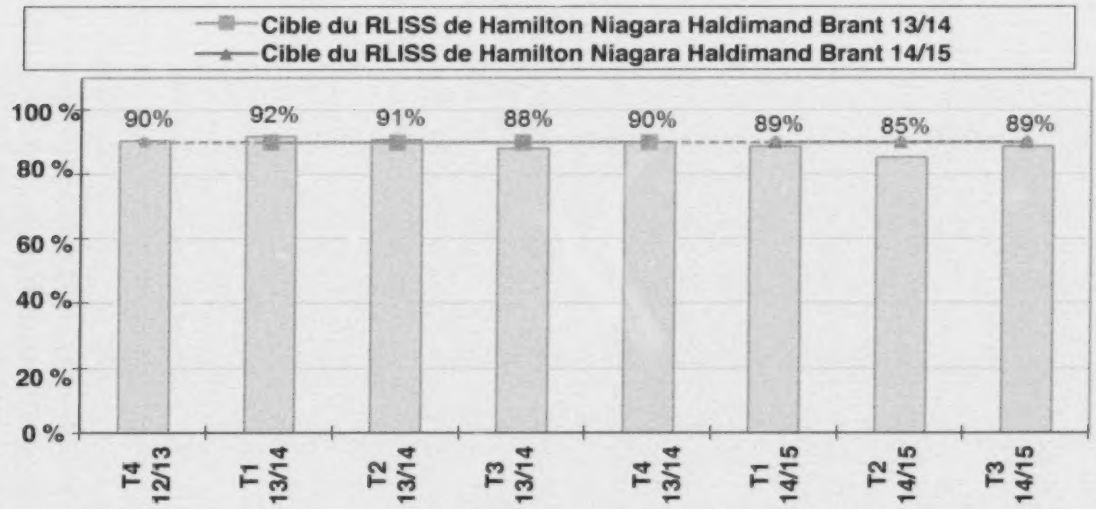
Chirurgie du cancer

En 2014-2015, le RLISS a continué de collaborer étroitement avec le programme régional de cancérologie de HNHB. L'ouverture du Walker Family Cancer Centre du Système de santé de Niagara en 2013 à l'emplacement de St. Catharines a permis aux patients de Niagara de recevoir des soins plus près de chez eux.

Bien que les résultats du RLISS relatifs aux cas P4 correspondent à une atteinte de notre cible dans 85 % des cas (légèrement en deçà de l'exigence de 90 %), le RLISS a constaté des améliorations dans plusieurs domaines des services contre le cancer : endocrinologie, sarcome des tissus mous, chirurgie de la tête et du cou, gynécologie.

Le défi du RLISS consistant à satisfaire aux temps d'attente dans les cas de chirurgie du cancer de la prostate demeure, car les patients décident d'attendre l'arrivée de la chirurgie robotique, qui est moins agressive. Le RLISS et tous nos hôpitaux continuent de collaborer avec le Centre régional de cancérologie de Hamilton en vue de trouver des moyens d'améliorer l'efficacité en matière de chirurgie et de mettre en œuvre les pratiques exemplaires dans l'ensemble du RLISS.

Figure 7 – Surveillance mensuelle des cas priorité 4 de HNHB : Chirurgies du cancer (exercice 2014-2015)



(Source : WTIS iPort Access.)

Services de laboratoire

Le réseau et le conseil des laboratoires de médecine du RLISS ainsi que les médecins en chef des services de laboratoire de médecine continuent à travailler en collaboration afin d'intégrer le système régional de laboratoire en vue d'uniformiser et de normaliser la qualité et les soins offerts dans les laboratoires d'hôpital pour le bien de nos patients.

Le modèle de leadership coordonné à l'échelle du RLISS pour ce qui est de la médecine de laboratoire est composé de neuf organismes hospitaliers et d'un centre universitaire :

- Hamilton Health Sciences
- Système de santé de Niagara (on y fournit également des services de laboratoire au Hotel Dieu Shaver Health and Rehabilitation Centre)
- Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton
- Brant Community Healthcare System
- Hôpital Joseph Brant
- Hôpital général de Norfolk
- Hôpital général de Haldimand-Ouest
- Hôpital Haldimand War Memorial
- Université McMaster (participation universitaire)

Les directeurs médicaux des laboratoires de ces organismes ont conjointement formulé des recommandations quant à l'utilisation des analyses de laboratoire afin de s'assurer que les patients reçoivent les soins les plus appropriés :

1. Restrictions et interruptions des analyses. On a établi une liste des tests dont l'utilité clinique est limitée, qui sont demandés trop fréquemment ou par inadvertance dans les ensembles de tests habituellement commandés. Tous les laboratoires sont en voie d'interrompre ou de limiter l'utilisation de

ces tests ainsi que de revoir les ensembles de tests commandés, afin de s'assurer qu'ils sont appropriés pour les patients.

2. Ensemble normalisé d'analyses de laboratoire commandé en lien avec la douleur abdominale/thoracique ou à la septicémie. Une discussion collaborative orientée vers des actions à l'échelle du RLISS est en cours avec les médecins des services des urgences.

3. Révision de l'utilisation des analyses de laboratoire supplémentaires, de la manière indiquée par la campagne Choisir avec soin. On est encore en train de tenter de comprendre et d'interpréter les recommandations de la campagne Choisir avec soin. La valeur en matière de soins aux patients consistera à réduire le nombre d'échantillons de sang et autres prélèvements effectués auprès de ceux-ci, de même qu'à offrir un meilleur service. Les directeurs médicaux des laboratoires se rencontrent tous les trimestres afin de discuter des réussites en matière de mise en œuvre ainsi que des approches locales relatives à l'utilisation des analyses.

4. Par l'intermédiaire du programme Standards2Quality, tous les laboratoires d'hôpital partagent de manière collaborative et en toute transparence les données de rendement liées à cinq dimensions de la qualité : l'accès, l'efficacité, l'intégration, la santé et la sécurité, ainsi que les soins axés sur le patient. Ce programme vise à s'assurer que la mesure des indicateurs de qualité de la médecine de laboratoire et la production de rapports à ce sujet sont surveillées uniformément dans tous les emplacements de médecine de laboratoire d'hôpital de l'ensemble du RLISS. L'on cherche à améliorer ces dimensions de la qualité au moyen d'un travail de collaboration entre tous les hôpitaux.

Cardiologie – Cathétérisme cardiaque diagnostique et intervention coronarienne percutanée

En avril 2014, l'Integrated Heart Investigation Unit (IHIU [unité intégrée de recherche en cardiologie]) à l'emplacement de St. Catharines du Système de santé de Niagara [SSN] a élargi sa gamme de services pour offrir une intervention coronarienne percutanée (ICP) en plus d'autres services de cathétérisme cardiaque diagnostique. L'IHIU du SSN, qui constitue un partenariat intégré entre Hamilton Health Sciences (HHS) et le SSN, fonctionne sous forme d'un programme unique déployé dans plusieurs emplacements. En décembre 2014 (mois où les données les plus récentes étaient disponibles au moment de la publication), 1 142 cathétérismes cardiaques et 276 ICP avaient été réalisés à l'emplacement du SSN.

Voici certains des succès obtenus :

- Orientation centralisée et triage au HHS.
- Politiques, procédures, protocoles, éducation des patients, formation du personnel et documentation normalisés pour l'ensemble du programme.
- Un directeur médical et un responsable clinique pour les deux emplacements (SSN et HHS).
- Amélioration de la qualité par la réduction de la variation et la normalisation des modèles de prestation des soins.
- Amélioration des transitions au moyen des processus courants d'acheminement des patients.

Commissaires du système de santé

Une priorité stratégique clé pour le RLISS consiste à s'assurer que les services sont accessibles et centrés sur le patient, en plus d'offrir une meilleure optimisation des ressources financières. Le RLISS maintient 189 ententes de responsabilisation en matière de services (ERS) et surveille le rendement fiscal et

opérationnel. Il est également chargé de travailler avec les fournisseurs individuels sur des priorités systémiques clés, notamment la santé mentale et la lutte contre les dépendances, les listes d'attente des services des urgences (SU), les autres niveaux de soins (ANS) et le soutien à domicile et en milieu communautaire.

Pour favoriser une plus grande attention sur la valeur, le RLISS a adopté de meilleures pratiques en matière de commissionnement, une pratique exemplaire en gestion des services de santé reconnue à l'échelle internationale. Le commissionnement est un processus complexe dont les responsabilités vont de l'évaluation des besoins de la population à la priorisation des résultats pour la santé en passant par la prestation de produits et de services ainsi que le financement de services regroupés. En qualité de commissaires du système de santé, le personnel et le conseil du RLISS ont continué à prendre des décisions concernant le système de santé fondées sur des preuves et le rendement.

Figure 8 – Modèle de commissionnement du RLISS de HNHB :

La participation des fournisseurs constitue un élément stratégique clé de l'élargissement de la fonction de commissionnement du RLISS. Ce dernier a élaboré et mis en œuvre un plan de participation qui concorde avec les échéanciers de négociation des ententes de responsabilisation en matière de services, afin de s'assurer que les questions de rendement importantes sont traitées lorsque vient le moment de négocier les ententes.

Réussites en matière de commissionnement

En juillet 2014, le RLISS a remis une enquête à l'ensemble des FSS financés par le RLISS et les maillons santé en les invitant à transmettre leurs idées d'occasions et de stratégies pour améliorer l'expérience des patients et de leurs familles en regard du système local de santé, ainsi que pour déterminer les pressions exercées sur le système ou les lacunes de celui-ci.

Les personnes interrogées ont été invitées à déterminer les trois principales :

- occasions ou stratégies dans leurs zones respectives pour améliorer la qualité, les résultats, intégrer la prestation des soins et augmenter le rendement sur l'argent investi;
- pressions exercées et lacunes observées dans leurs zones respectives, qui retentissent sur l'expérience des patients et les résultats pour la santé.

Les quatre thèmes déterminés comme des domaines subissant une pression dans l'ensemble des secteurs et des zones du RLISS concordaient également avec les priorités du RLISS et du MSSLD :

- Santé mentale et lutte contre la toxicomanie;
- Soins communautaires et à domicile;
- Pression exercée sur les services des urgences (SU) et les autres niveaux de soins (ANS);
- Logement.

En utilisant les réponses de l'enquête et en reconnaissant les priorités provinciales devant être mises de l'avant, le RLISS a financé un certain nombre de domaines cibles.

En décembre 2014, le RLISS de HNHB a affecté un nouveau financement de base de 14 694 400 $ (montant annualisé de 17 533 900 $) pour l'année 2014-2015 aux fins de soutenir les investissements dans le secteur communautaire. La somme a été affectée à trois priorités spécifiques :

1. Organismes de santé mentale : Jusqu'à 2 000 000 $ (montant annualisé de 4 839 500 $ en 2015-2016), afin de soutenir la phase 2 de la stratégie décennale globale en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances;

2. Investissements communautaires ciblés du RLISS : Investissements communautaires ciblés du RLISS jusqu'à 4 147 900 $ pour appuyer les priorités du gouvernement relatives au secteur communautaire, la mise en œuvre des modifications réglementaires apportées à la *Loi sur les services de soins à domicile et les services communautaires* pour les organismes autres que les CASC, en vue de fournir des services de soutien personnel aux clients représentant des cas lourds et assumer les dépenses locatives;

3. CASC de HNHB : Jusqu'à 8 546 500 $ pour soutenir le CASC de HNHB à atteindre et à maintenir la cible de temps d'attente de cinq jours pour la prestation de services de soutien personnel à domicile destinés aux clients ayant des besoins complexes ainsi que de services infirmiers à domicile.

Occasions futures

Un certain nombre d'occasions de commissionnement ont été mises en lumière en collaboration avec les FSS au cours de la dernière année, notamment :

- Mise à profit des possibilités de financement afin d'améliorer davantage le système de soins de santé du RLISS en fonction de besoins de la population et des résultats prioritaires en matière de santé.
- Répandre et faire évoluer l'utilisation de cadres de travail et d'outils visant à contribuer à la planification, à l'affectation, à la surveillance et aux interventions.
- Maximiser la Réforme du financement du système de santé (« RFSS ») pour le bien des résidents de HNHB; utiliser pleinement le volume des actes médicaux fondés sur la qualité (AMFQ) et le financement offert aux FSS.

- Continuer à soutenir Mohawk Shared Services afin d'intégrer les services de soutien administratif dans les hôpitaux et élaborer un plan pour réduire les chevauchements de services de soutien administratif dans la collectivité.

Avancement des priorités du système de santé

Santé mentale et lutte contre les dépendances

Le RLISS de HNHB s'engage à soutenir la mise au point d'un système de soutien à la santé mentale et à la lutte contre les dépendances, qui soit intégré, coordonné et centré sur les personnes. Actuellement, les services sont fragmentés, répartis dans plusieurs ministères provinciaux et offerts dans divers milieux de soins : en 2014-2015, le RLISS de HNHB a tenté de remédier aux problèmes pour s'assurer que les personnes reçoivent les meilleurs soins possible.

Concordance stratégique avec les priorités provinciales

La santé mentale et la lutte contre les dépendances ont été déterminées comme une priorité à la fois par la province et le RLISS. Les investissements réalisés et les succès obtenus au cours de la dernière année concordent avec les piliers stratégiques de la phase suivante de la Stratégie ontarienne de santé mentale et de lutte contre les dépendances, intitulée « Esprit ouvert, esprit sain : Transformer les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en Ontario » :

Santé mentale dans le RLISS de HNHB

- Au cours de leur existence, de 10 à 20 % des résidents présenteront un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues.
- 70 % des personnes atteintes de problèmes de santé mentale en avaient reçu un diagnostic avant l'âge de 18 ans.
- 98 000 enfants et adolescents n'obtiennent pas les services de santé mentale dont ils ont besoin.

- Promouvoir la résilience et le mieux-être des Ontariens.
- S'assurer du dépistage et de l'intervention précoces.
- Étendre le soutien au logement et à l'emploi, ainsi que prévenir l'enfoncement dans l'engrenage du système de justice et les transitions qui l'accompagnent.
- Fournir les bons soins, au bon moment et au bon endroit.
- Fonds établis en fonction de la qualité et des besoins.

Renforcer les capacités à soutenir les personnes présentant des problèmes de santé mentale et de dépendance au moyen de la collaboration et de l'intégration régionales

Un groupe consultatif régional sur la santé mentale et la lutte contre les dépendances à l'échelle du RLISS, dirigé par le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, a été créé en 2013 pour mettre en œuvre la prestation de services intégrés. En 2014-2015, le groupe consultatif a fait preuve de leadership lors de la refonte du système du RLISS et a continué à soutenir les progrès réalisés dans ses domaines prioritaires :

- Collaboration médicale accrue entre la psychiatrie et les soins primaires;
- Amélioration du rendement du système grâce aux tableaux de bord à l'échelle du RLISS, et ce, tant en milieu hospitalier que communautaire;
- Priorité accordée à des populations cibles, notamment l'intervention précoce et les troubles concomitants;
- Intégration et collaboration accrues par l'intermédiaire des maillons santé et d'autres projets de validation de principe;
- Amélioration des services pour les enfants et les adolescents grâce à la collaboration intersectorielle avec le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ).

Accès amélioré aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances

En 2014-2015, jusqu'à 2 millions de dollars en financement de base (montant annualisé de 4,8 millions de dollars en 2015-2016) ont été fournis pour les programmes et les initiatives qui soutiennent la phase 2 de la Stratégie ontarienne décennale de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Le financement était ciblé pour des initiatives intégrées au sein de chacun des quatre domaines prioritaires :

- Promotion de la santé et prévention;
- Intervention précoce et autogestion;
- Planification de traitement, risques/gestion de crise et soutien;
- Soins spécialisés.

Les quatre domaines prioritaires déterminés pour les années 2014-2015 et 2015-2016 concordent avec les quatre priorités en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances à l'échelle de la province, du RLISS de HNHB et du groupe consultatif du RLISS. Elles sont également représentatives des occasions et des pressions repérées par les FSS dans l'enquête de 2014-2015 sur l'engagement communautaire (indiqué ci-dessus).

Ce financement soutiendra :

- l'élargissement de la formation fondée sur les données probantes à l'intention des familles, des aidants naturels et d'autres non-professionnels de la santé partout dans le RLISS, en particulier : premiers soins en santé mentale, SafeTALK, formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide [ASIST] et Parlons de la maladie mentale;
- augmentation et élargissement des services d'intervention précoce pour les jeunes de 17 à 24 ans, y compris des programmes dans les cas de psychose et la mise en œuvre d'une équipe mobile d'intervention à l'échelle du RLISS;
- intégration et réduction des variations entre les équipes mobiles d'intervention rapide et la formation en techniques d'intervention en cas de crise auprès des policiers, et ce, dans tout le RLISS;
- mise sur pied d'un projet de renforcement de la capacité liée aux troubles concomitants à l'échelle du RLISS;
- amélioration des programmes de formation existants qui connaissent du succès pour les traitements/interventions spécialisés à l'intention des professionnels de la santé, y compris le maintien des résultats atteints et la mise en œuvre dans tout le RLISS et au sein des 3 zones : Formation et supervision portant sur la thérapie comportementale dialectique (TCD), formation et supervision portant sur l'approche *Collaborative Assessment and Management of Suicidality* (CAMS);
- développement des services offerts par l'équipe communautaire de traitement intensif (ECTI) dans la région de Niagara en mettant en place une deuxième équipe (ECTI);
- compréhension de la capacité et des besoins des services régionaux liés aux troubles de l'alimentation.

Une personne sur cinq qui habite dans la région du RLISS de HNHB, soit 280 000 résidents, sera touchée par la maladie mentale à un moment ou un autre de leur existence (*Source : Santé Canada, Rapport sur les maladies mentales au Canada, 2002)*. Environ 42 000 personnes, soit 3 % de la population du RLISS, ont une dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites au cours d'une année donnée *(Source : « Prevalence of Co-occurring Substance Use and other Mental Disorders in the Canadian Population », Revue canadienne de psychiatrie, décembre 2008)*. De 30 à 54 % des Ontariens recevant un diagnostic de maladie mentale recevront aussi le

diagnostic d'une autre maladie mentale ou d'une dépendance *(Source : Franchir les étapes : plan de mise en œuvre continue de la réforme du système de santé mentale. 1999)*. Les investissements réalisés au cours de l'année dernière visaient à changer la vie de ces personnes et de leurs familles.

Mères, enfants et adolescents

Depuis sa création, le *Provincial Council for Maternal and Child Health* (PCMCH) a mené à un certain nombre d'initiatives s'attaquant à des enjeux clés qui retentissent sur la prestation des soins offerts aux mères, aux nouveau-nés, aux enfants et aux adolescents de l'Ontario. Ce travail se traduit par des améliorations considérables sur le plan de la compréhension, de la prestation et de l'évaluation des soins par les fournisseurs. S'il y a lieu, le RLISS travaille en partenariat avec le PCMCH pour mettre en œuvre les recommandations qui en découlent (p. ex. en 2011, la mise en œuvre de définitions normalisées des niveaux des soins mères-nouveau-nés).

Amélioration de l'accès aux services de sage-femme

En 2014-2015, les services de sage-femme dans le comté de Norfolk ont été élargis grâce à l'ouverture d'un autre groupe de pratique sage-femme. L'ouverture d'une autre pratique a amélioré l'accès aux mères présentant un faible risque, ce qui a permis d'accroître la disponibilité et la proximité de ces services. Celle-ci a également contribué à améliorer les résultats pour la santé dans les populations rurales mal servies de Norfolk, particulièrement les mennonites s'exprimant en bas-allemand, les mères adolescentes et les femmes au statut socioéconomique inférieur.

Amélioration de la qualité des services mère-enfant grâce à la collaboration et à l'intégration régionales

Le RLISS continue à agir à titre de membre actif et de collaborateur au sein du Southern Ontario Maternal Child Health Network (SOMCHN), un réseau composé de responsables cliniques des programmes/services mère-enfant dans tout le territoire des RLISS de HNHB, de Waterloo Wellington et de Mississauga Halton.

En 2014-2015, le SOMCHN a entrepris une analyse d'indicateurs de rendement clés portant sur la santé mère-enfant ainsi que d'initiatives locales d'amélioration de la qualité couronnées de succès. Cette analyse a été réalisée dans le but de trouver une initiative pour l'année 2015-2016 que le réseau appuierait et qui favoriserait la réduction de la variation ainsi que la mise en œuvre de pratiques exemplaires dans l'ensemble des régions participantes du RLISS.

Amélioration des services destinés aux enfants et aux adolescents ayant des besoins particuliers ainsi qu'à leurs familles

Le RLISS de HNHB participe en tant qu'un des principaux partenaires de la Stratégie ontarienne pour les services en matière de besoins particuliers. La stratégie vise à s'assurer que les enfants et les adolescents ayant des besoins particuliers peuvent accéder en temps opportun aux services efficaces dont ils ont besoin ainsi qu'à améliorer l'expérience des familles vis-à-vis des services offerts.

Le travail se concentrera sur ce qui suit :

- Distinguer les enfants et les adolescents plus rapidement et leur offrir l'aide appropriée plus tôt grâce à la mise au point d'un nouvel outil de dépistage des problèmes de développement destiné aux enfants d'âge préscolaire;

- Diriger les familles vers les bons services et le bon soutien en mettant en place des coordonnateurs de la planification des services pour les enfants et les adolescents présentant des besoins particuliers multiples ou complexes;
- Améliorer l'accès au soutien et s'assurer que le soutien et la prestation des services se font tout en douceur en intégrant la prestation des services de réadaptation (c.-à-d. orthophonie, ergothérapie, physiothérapie).

Transformer l'expérience des enfants, des adolescents et des familles ayant besoin d'aide en raison de problèmes de santé mentale

Le RLISS a collaboré avec le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario dans le cadre du programme Pour l'avancement de la santé mentale, afin de transformer l'expérience des enfants et des adolescents aux prises avec des problèmes de santé mentale ainsi que leurs familles.

Le RLISS contribue au plan local des services essentiels et du plan communautaire de santé mentale en cours d'élaboration par les principaux organismes responsables déjà déterminés dans notre RLISS – Lynwood Charlton Centre for Hamilton, Reach Out Centre for Kids (ROCK) et Halton et Haldimand Norfolk Resource, Education and Counselling Help (H-N R.E.A.C.H.).

Santé et mieux-être

La santé est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme « un état de bien-être physique, mental et social complet et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité. » (1946) *(Source : documents officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100).*
La santé subit les effets d'interactions complexes entre les déterminants sociaux de la santé, soit les conditions sociales et économiques qui influent sur la santé des individus, des collectivités et des pays (c.-à-d. les conditions dans lesquelles les personnes sont nées, élevées, vivent, travaillent et vieillissent) *(Source : Agence de la santé publique du Canada, 2011; OMS, 2014).*

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) répertorie les déterminants sociaux de la santé suivants :

- Revenus et statut social
- Réseaux de soutien social
- Éducation et littératie
- Hygiène de vie personnelle et capacités d'adaptation
- Emploi et conditions de travail
- Environnements sociaux
- Milieux physiques
- Développement sain au cours de l'enfance
- Patrimoine biologique et génétique
- Services de santé
- Sexe
- Culture

Il y a de plus en plus de données probantes selon lesquelles la contribution de la médecine et des soins de santé sur la santé et le mieux-être est plutôt limitée et que les dépenses accrues en soins de santé ne permettront pas d'obtenir des améliorations considérables de la santé dans la population. Il devient de plus en plus évident que la méthode la plus efficace pour combler les écarts en matière de santé consiste à

résoudre le problème de distribution systématique et injuste des déterminants sociaux de la santé entre les populations ou les collectivités. Cela est possible en adoptant une approche axée sur la santé de la population en regard de la planification, tout en intégrant l'équité en matière de santé (c.-à-d. assurer la correspondance proportionnelle entre, d'une part, le niveau des inconvénients vécus par les populations vulnérables et marginalisées et, d'autre part, l'ampleur des programmes, des services et des politiques déployés).

Résoudre les écarts en matière de santé dans les populations cibles

Le RLISS a élaboré et commencé à mettre en œuvre un cadre de travail de planification sur l'équité en matière de santé en vue de guider son approche visant à résoudre le problème des déterminants sociaux de la santé et à atteindre cette équité dans le cadre de ses activités de planification.

Dans ce cadre de travail de planification, le RLISS a identifié deux populations prioritaires sur lesquelles se concentrer, soit les travailleurs agricoles migrants et les réfugiés. En 2014-2015, on s'est d'abord penché sur le cas des travailleurs agricoles migrants.

Travailleurs agricoles migrants

Chaque année, plus de 38 000 postes contractuels temporaires sont disponibles au Canada pour les travailleurs migrants. L'industrie présente dans le territoire du RLISS de HNHB emploie jusqu'à 8 000 travailleurs. Bien que les travailleurs agricoles migrants soient couverts par l'assurance-santé de l'Ontario, la grande majorité n'a pas accès aux services de soins de santé, et ceux qui ont besoin de soins de santé urgents se rendent généralement dans les cliniques sans rendez-vous ou aux services des urgences.

Les problèmes de santé les plus courants chez les travailleurs agricoles migrants comprennent les blessures et les traumatismes, les troubles gastro-intestinaux, musculosquelettiques, oculaires, cutanés, respiratoires et urinaires. Un certain nombre d'obstacles pratiques et systémiques entravent l'accès des travailleurs aux soins de santé classiques/services de soins primaires, notamment :

- La crainte d'être renvoyés chez eux ou de ne pas être invités à revenir l'année suivante;
- Une ignorance des services de soins primaires offerts et de la façon d'y accéder;
- Incapacité ou réticence à être en arrêt de travail;
- Non-accès à une carte d'assurance-maladie;
- Manque de transport entre le lieu de travail et le milieu de soins.

En 2014-2015, le RLISS a soutenu la mise en œuvre d'un programme pour la santé des travailleurs agricoles migrants dans les centres de santé communautaires Grand River de Brantford et Quest de St. Catharines. Le modèle du système de soins primaires, qui repose sur les infirmières praticiennes, est soutenu par une équipe de professionnels, notamment une infirmière autorisée, un travailleur communautaire, un traducteur et des bénévoles. Ensemble, ces programmes permettent de voir 427 clients.

Prévention et prise en charge des maladies chroniques

Les progrès sur le plan du mieux-être grâce à la prévention et la prise en charge des maladies chroniques sont demeurés prioritaires pour le RLISS de HNHB en 2014-2015.

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, les maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, causent 36 millions de décès chaque année à l'échelle mondiale. (Source : Agence de la santé publique du Canada : Plan stratégique de prévention des maladies chroniques de 2013-2016. www.phac-aspc.gc.ca › Accueil › Maladies chroniques › Diabète. *Consulté le 29 mars 2015).* Le nombre de Canadiens atteints de maladies chroniques connaît une croissance; l'Agence de la santé publique du Canada estime que trois Canadiens sur cinq sont atteints d'une maladie chronique et que quatre sur cinq présentent un risque de survenue d'une maladie chronique. *(Source : Agence de la santé publique du Canada : Plan stratégique de prévention des maladies chroniques de 2013-2016. www.phac-aspc.gc.ca › Accueil › Maladies chroniques › Diabète. Consulté le 29 mars 2015).*

L'augmentation du taux de maladie chronique est au moins partiellement attribuable au fait que les Canadiens vivent plus longtemps et que la probabilité d'en être atteint augmente avec l'âge. Cependant, les taux de maladie chronique connaissent une augmentation plus rapide chez les Canadiens de 35 à 74 ans que chez ceux de 65 ans et plus; en outre, de plus en plus d'enfants sont atteints de maladies chroniques qu'on n'observait autrefois que chez les adultes. Les Autochtones, dont la croissance (1,8 %) est prévue être deux fois plus rapide que celle de la population générale, présentent un risque accru de maladie chronique comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et l'asthme *(Source : Elmslie, Kimberly. Against the Growing Burden of Disease. Agence de la santé publique du Canada, 2012. http://ccgh-csih.ca/assets/Elmslie.pdf Consulté le 29 mars 2015)*

Selon les résultats de l'Enquête de 2013 sur la santé dans les collectivités canadiennes, les résidents du RLISS de HNHB affichaient des taux significativement plus élevés de maladie chronique comme la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), l'arthrite et l'hypertension. En outre, 19 % de la population du RLISS de HNHB a déclaré ressentir de la douleur ou un inconfort qui limite leurs activités quotidiennes normales, et ce, dans une proportion significativement plus élevée que la moyenne provinciale. *(Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013)*

Grâce à l'élaboration de services coordonnés et de soins intégrés dans les collectivités, le RLISS de HNHB, en partenariat avec les FSS, a continuellement amélioré l'accès aux services et la qualité des soins offerts aux patients.

Diabète

Au cours de l'année 2013-2014, le RLISS a assumé le financement et la responsabilité de neuf et de quatre programmes d'éducation sur le diabète (PED) destinés aux adultes et aux enfants, respectivement.

En 2014-2015, le RLISS a entrepris une collaboration continue avec des FSS, notamment de soins primaires, dans le but d'améliorer la coordination, la normalisation des processus/pratiques et d'en optimiser l'utilisation afin de favoriser une prise en charge plus intégrée et axée sur les patients. Le RLISS a collaboré avec les FSS en vue d'élaborer et de mettre en œuvre plusieurs initiatives visant à améliorer la coordination et la prestation des PED.

Les leaders du Comité de leaders en matière de diabète, composé de représentants de tous les PED – tant ceux financés par le ministère que par le RLISS –, représentent un des éléments clés qui a permis d'améliorer ces projets.

Le RLISS a atteint les trois priorités clés déterminées pour l'année 2014-2015 :

1. Amélioration de l'utilisation de tous les PED financés par le RLISS. Tous les PED financés par le RLISS devront atteindre un seuil minimal de nombre de cas supérieur à 50 % de la cible provinciale.
    - Tous les PED financés par le RLISS établissent un nombre cible de clients plus élevé à atteindre pendant l'exercice en cours. Quatre des PED ont élaboré et mené à terme leur projet d'amélioration visant à augmenter leur seuil minimal de nombre de cas à au moins 500 clients par équipe.
    - Tous les PED sont en voie d'atteindre leurs objectifs d'ici la fin de l'année, trois des PED ayant déclaré avoir atteint ou surpassé leurs objectifs au troisième trimestre.
    - Les PED du RLISS ont déclaré avoir vu 15 534 clients en date du 31 décembre 2014, par rapport à 17 772 durant tout l'exercice de 2013-2014. Globalement, le RLISS était en voie d'atteindre une augmentation de 24 % au chapitre du nombre de clients.

2. Amélioration de l'accès aux PED au moyen des processus normalisés d'orientation vers un spécialiste.
    - La mise en œuvre d'un formulaire normalisé d'orientation des patients diabétiques élaboré en consultation avec des professionnels de soins primaires a été couronnée de succès, de même que la mise en service d'un numéro sans frais (1-800) et du modèle de réception centrale dans la région de Niagara.
    - Un groupe de travail a été mis sur pied pour évaluer le modèle à l'échelle du RLISS et formuler des recommandations à mettre en œuvre en 2015-2016.

3. Élimination de recoupements au moyen de transferts de ressources pour combler les besoins.
    - Des chevauchements de PED ont été déterminés dans les régions de Port Colborne et de Fort Erie, avec deux PED financés par le RLISS qui offrent des services semblables dans une région relativement petite.
    - Le Système de santé de Niagara et le Centre de santé communautaire de Bridges ont collaboré pour devenir un PED intégré dans le but de mieux servir les résidents de Niagara.

Le Centre de santé communautaire de Bridges est maintenant responsable de l'offre des services aux diabétiques dans les régions de Port Colborne et de Fort Erie, alors que le Système de santé de Niagara a transféré des ressources afin de réduire les temps d'attente dans d'autres régions de Niagara qui connaissent une croissance.

Accident vasculaire cérébral (AVC)

Depuis la publication du tableau de bord de l'Ontario Stroke Network (OSN) de 2012, le RLISS a continué de collaborer avec les fournisseurs afin de mieux intégrer les soins offerts aux personnes ayant subi un AVC au moyen des services dispensés dans trois zones déterminées du RLISS (Hamilton/Burlington, Niagara et Brant/Haldimand/Norfolk).

Le tableau de bord de l'OSN s'est révélé être un catalyseur positif de changement qui fait preuve d'une amélioration significative pour la plupart des indicateurs dans l'ensemble du RLISS. Dans le tableau de bord le plus récent, publié en 2012-2013, le RLISS de HNHB constatait des améliorations dans 13 des 19 indicateurs par rapport à 2011-2012, des progrès considérables ayant été observés dans l'accès accru aux unités de traitement de l'AVC, aux examens d'imagerie des artères carotides, aux médicaments anticoagulants (activateur tissulaire du plasminogène humain [t-PA]) et à la réadaptation des patients hospitalisés.

Hamilton/Burlington

Les services de soins aigus et de réadaptation sont actuellement intégrés à Hamilton Health Sciences, et il est actuellement prévu d'augmenter la collaboration en vue d'accroître l'intégration aux services de traitement de l'AVC à Hamilton. L'hôpital Joseph Brant a soumis une demande de candidature pour devenir un centre TéléAVC. Le programme TéléAVC permettra un accès 24 heures su 24 à un neurologue aux fins de consultation liée à l'administration du t-PA.

Niagara

Des discussions relatives aux services intégrés de traitement de l'AVC dans la région de Niagara ont été amorcées avec la nouvelle direction en 2014-2015, dans le but d'élaborer un plan d'intégration de ces services au cours de la prochaine année.

Brant/Haldimand/Norfolk

En 2014-2015, la nouvelle unité neurovasculaire du Brant Community Healthcare System (BCHS), qui dessert Brant, Haldimand et Norfolk, a continué d'évoluer. L'intégration des services de traitement de l'AVC au BCHS a considérablement amélioré l'accès aux soins fondés sur des données probantes de l'unité neurovasculaire, notamment aux services de soins actifs et de réadaptation. Les soins dispensés à l'unité neurovasculaire diminuent les probabilités de décès et d'invalidité chez les hommes et les femmes de tous âges, peu importe la gravité de l'AVC, et ce, dans une proportion pouvant aller jusqu'à 30 % *(Source : Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organized Inpatient Stroke Unit, Care for Stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, numéro 4)*. Dans les unités neurovasculaires, le taux de complications est moindre, les pneumonies sont détectées plus tôt et la mobilisation est plus précoce.

En date du 31 mars 2015, le BCHS a signalé les résultats suivants pour l'unité neurovasculaire intégrée :

- 85 % des personnes recevant un diagnostic d'AVC ont été prises en charge dans une unité neurovasculaire pendant leur hospitalisation.
- 30 % des personnes ayant subi un AVC aigu (à l'exclusion des accidents ischémiques transitoires) ont obtenu leur congé des soins actifs et ont été transférés pour recevoir des services de réadaptation à titre de patients hospitalisés.
- Après avoir subi un AVC (à l'exclusion des accidents ischémiques transitoires), 28 % des personnes ont reçu leur congé des soins actifs et de réadaptation à titre de patients hospitalisés avant d'être transférées à des services communautaires/ambulatoires de réadaptation.
- 49,2 % des personnes subissant un AVC grave ont reçu des services de réadaptation à titre de patients hospitalisés.

Modèle de services communautaires de réadaptation après un AVC

Les consultations avec les survivants d'un AVC, les soignants et les fournisseurs de services ont révélé un manque de coordination des services et de suivi après la sortie d'une unité de soins actifs et de réadaptation pour malades hospitalisés ainsi que des enjeux liés à la détermination des services communautaires et à l'accès à ces services *(Sources : Anderson, S et Egan M. (2010), Models of Care Coordination Report, Ontario Stroke Network. Network. Kelloway, L. (8 février 2012), Briefing Note to Genevieve Obarski, Change Foundation, Ontario Stroke Network. MacRae, L et Gould L (novembre 2011), Preliminary Report: Stroke Care in the Central South Region, Central South Regional Stroke Network).*

Pour relever ces défis, un modèle de réadaptation communautaire après un AVC a été lancé en décembre 2013 (voir les détails à la figure 10). Le modèle donne accès aux pratiques exemplaires en matière de soins communautaires à domicile destinés aux personnes ayant subi un AVC qui vivent à plus de 30 minutes d'un centre de traitement ambulatoire et/ou qui ne tolèrent pas les déplacements.

Les objectifs de la CSRM étaient d'améliorer l'accès à la communauté ambulatoire course soins de réadaptation fondée sur des preuves et d'améliorer les résultats des clients après l'événement de course.

Le modèle fournit un accès aux meilleures pratiques à domicile communauté des soins de réadaptation de l'AVC pour les personnes qui vivent au-delà de 30 minutes d'un centre de traitement ambulatoire et / ou ne disposent pas de la tolérance à voyager.

Le CSRM dans la maison pilote des services de réadaptation ciblées pour chaque client basé sur les meilleures pratiques. Avant le lancement du modèle de CSRM, les individus dans Brant Haldimand Norfolk vivant plus de 30 minutes d'un centre de traitement ambulatoire ne pas avoir accès aux meilleurs soins de l'AVC pratique de réadaptation. Avant le lancement du modèle, les individus ont reçu une moyenne de 4,1 visites de thérapie, beaucoup moins que les meilleures pratiques recommandées. La CSRM pilote fourni visites de thérapie fondée sur les meilleures pratiques de 2-3 visites par discipline pour les 8-12 semaines. Un nombre moyen de 33,7 visites ont été fournis par patient.

L'accès en temps opportun à des soins de réadaptation dans la communauté a été un facteur clé dans le pilote de CSRM avec un objectif de 3 jours pour le temps de la première visite à domicile suivant le congé des soins aux patients hospitalisés. La CSRM a été en mesure d'atteindre un temps de premier contact de 2,1 jours, un temps pour la première visite par un fournisseur de services de traitement de 3,3 jours et un temps moyen de la première visite par un coordonnateur CASC Soins de 4,1 jours.

Tableau 1 - Temps de Première CASC coordonnateur Visite et fournisseur de services de thérapie

	Jours de cibles	**Moyen**
Le temps de la première visite (téléphone ou thérapie visite)	3 jours	2.1 jours
Le temps de la première visite par les Services de thérapie de fournisseur	3 jours	3.3 jours
Le temps de la première CASC coordonnateur visite	3 jours	4.1 jours

Les résultats de 2014-2015 concernant 25 participants après trois mois de suivi ont indiqué que la prestation des soins de réadaptation dans la collectivité a entraîné des améliorations sur le plan de l'indépendance fonctionnelle et de la réintégration à la vie normale.

Figure 9 – Résultats du modèle de réadaptation communautaire après un AVC

Résultats du modèle de réadaptation communautaire après un AVC	
Les scores à l'indice de réintégration à la vie normale entre la visite initiale et le congé de l'hôpital ont augmenté dans les proportions suivantes :	❖ 8 % des personnes subissant un AVC léger ❖ 29 % des personnes subissant un AVC modéré ❖ 52 % des personnes subissant un AVC grave
Les scores de la mesure de l'indépendance fonctionnelle entre la visite initiale et le congé de l'hôpital ont augmenté dans les proportions suivantes :	❖ 6 % des personnes subissant un AVC léger ❖ 13 % des personnes subissant un AVC modéré ❖ 18 % des personnes subissant un AVC grave

Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est une maladie respiratoire chronique et progressive souvent causée par le tabagisme. Bien que le diagnostic de la MPOC soit irréversible, les symptômes et les effets sur la santé peuvent être atténués au moyen d'un traitement.

En 2013 (année des données les plus récentes), 5,9 % des résidents du RLISS âgés de 35 ans et plus ont déclaré avoir reçu un diagnostic de MPOC, ce qui était considérablement plus élevé que la moyenne provinciale de 4,3 % *(Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013)*.

La MPOC continue d'être une des principales causes de visites aux services des urgences, d'hospitalisations et de réhospitalisations dans le RLISS. En 2014, 5 387 personnes ont visité un service des urgences dans le RLISS à cause de la MPOC, dont 2 976 personnes ont été hospitalisées. Environ une personne sur cinq qui est hospitalisée en raison d'une MPOC est réhospitalisée dans les 30 jours et dans 50 % des cas, sera réhospitalisée en moins d'un an.

Le RLISS a commencé à travailler avec les hôpitaux et les partenaires communautaires en 2013-2014 en vue de mettre en œuvre un modèle de soins intégrés à l'échelle du RLISS pour les patients atteints de MPOC en s'appuyant sur les pratiques exemplaires et en intégrant d'autres

Voici ce que des clients du programme Caring for My COPD nous ont dit :

- « J'ai eu trois exacerbations sans devoir aller à l'hôpital depuis le début de ma participation à ce programme. »
- « Je suis passé de l'"inquiétude" au "soulagement". »
- « Je suis sorti plus souvent au cours des trois derniers mois que durant les trois dernières années. »
- « Ça m'a vraiment aidé. Ça a changé ma vie. »
- « Je n'ai plus peur de sortir de la maison. »
- « Comme c'est une maladie invisible, il est bon d'avoir de l'aide pour défendre nos intérêts. »
- « Je veux simplement vous remercier pour le programme *Caring for My COPD*. Je crois sincèrement que je ne serais pas arrivé aussi loin sans y avoir participé. Je perds du poids, ma santé s'améliore de jour en jour et je marche davantage tous les jours. »

(Source : Présentation au conseil d'administration du RLISS de HNHB, le 27 août 2014; patients interviewés d'avril à juillet 2014)

initiatives connexes. En février 2014, le programme *Caring for My COPD* a commencé à inscrire des patients à Hamilton. D'autres centres ont ouvert à Brantford en avril 2014 et dans la région de Niagara en mai 2014.

Le programme *Caring for My COPD* fournit des services regroupés pour aider les personnes atteintes de MPOC ainsi que leur équipe de soins de santé à augmenter la stabilité médicale et la capacité du patient à prendre en charge la MPOC à domicile et dans la collectivité. Le stade intensif du programme, qui dure dix semaines, est destiné aux patients atteints d'une MPOC légère à modérée et comprend des séances éducatives, de l'exercice, des évaluations, des soins de santé mentale, des soins axés sur le mieux-être, un soutien par les pairs et des soins spirituels. Il est suivi d'appels téléphoniques mensuels pendant un an. Ces éléments sont combinés avec une gestion de cas par un éducateur certifié dans le domaine respiratoire qui travaille en collaboration avec le fournisseur de soins primaires pour s'assurer que les personnes demeurent en bonne santé à la maison.

En février 2015, 334 personnes étaient inscrites au programme *Caring for My COPD*. Les données préliminaires tendent à indiquer que les soins offerts dans le cadre du programme *Caring for My COPD* aident les personnes à demeurer en bonne santé à la maison et dans leurs collectivités sans avoir à se rendre à l'hôpital. La rétroaction sur l'expérience des participants à ce programme a été extrêmement positive, nombre de personnes retournant aux groupes de soutien par les pairs et aux cours d'activité physique à inscription libre. Une évaluation officielle de ce programme a débuté en janvier 2015 et devrait se terminer en 2016-2017.

Soins palliatifs

En 2014-2015, le RLISS de HNHB a établi un conseil sur les programmes régionaux de soins palliatifs (« conseil ») axé sur les compétences, qui relève de la directrice générale du RLISS. Le mandat du conseil consiste à :

- agir à titre consultatif auprès du RLISS de HNHB afin de recommander des mesures et des activités visant à renforcer et à développer le programme régional intégré de soins palliatifs, centré sur l'expérience des patients, des familles et reposant sur la participation et l'appui des soins primaires;
- fournir un leadership de collaboration pour faire avancer la normalisation, l'éducation, la coordination et l'amélioration continue de la qualité dans tous les secteurs au sein du RLISS de HNHB, en fonction des pratiques exemplaires et conformément au document de déclaration provinciale intitulée *Améliorer la qualité et la valeur des soins palliatifs en Ontario : Déclaration de partenariat et d'engagement à l'action (« Déclaration ») 2011*.

Depuis sa réunion inaugurale en juillet 2014, le conseil a nommé un directeur et finalisé un vaste plan de travail triennal (2015-2018) qui comprend la mise sur pied de trois groupes de travail :

- Le *groupe de travail sur l'identification précoce* permettra de déterminer les emplacements d'essai et de recruter les membres de l'équipe de projet pour chacun des emplacements qui utilisera le guide de l'identification précoce et qui en mesurera les avantages.
- Le *groupe de travail régional sur l'éducation* élaborera un plan d'éducation coordonné pour l'ensemble des fournisseurs et des secteurs.
- Le *groupe de travail sur le rendement, la mesure de la qualité et la production de rapports* fera rapport sur les nouveaux indicateurs provinciaux et élaborera des indicateurs régionaux.

Équipes d'intervention en soins palliatifs/partage des soins –

En date de décembre 2014, l'équipe avait vu plus de 2 383 patients, ce qui surpasse le nombre de consultations pour l'ensemble de l'exercice 2013-2014. L'intervention en partage des soins fait appel aux intervenants cliniques pivots, aux infirmières cliniques spécialisées, aux conseillers psychospirituels, aux conseillers en matière de deuil et aux médecins de soins palliatifs, qui collaborent avec les fournisseurs dans tous les milieux.

En 2014-2015, l'Équipe d'intervention en soins palliatifs/partage des soins du RLISS a continué d'évoluer et de fournir des services à Hamilton, à Niagara, à Haldimand-Norfolk, à Brant, à Six Nations et à Burlington, qui répondent aux besoins des patients en soins palliatifs et permettent aux personnes de recevoir les soins dont ils ont besoin dans le confort de leur foyer et de soutenir leurs aidants.

Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement

Le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement repose sur un cadre qui précise les principes devant guider l'élaboration des services de santé de qualité pour les personnes ayant des comportements réactifs. En 2012, le territoire du RLISS de HNHB a intégré ces principes et élaboré quatre modèles de soins qui modifient la façon dont les services sont offerts pour mieux répondre aux besoins de cette population.

En 2014-2015, les activités du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement ont continué à être motivées par l'énoncé déterminé par le RLISS en 2012, qui représente la voix des personnes ayant des comportements réactifs.

« Je suis qui je suis, donc aidez-moi à continuer de l'être. »

En 2014-2015, l'accent a porté sur l'augmentation du soutien à la personne, aux membres des familles et aux fournisseurs de soins de santé dans leur transition au sein du continuum des soins de santé.

La transition dans le système de santé peut être une source de confusion et/ou causer des expériences traumatisantes pour une personne qui, en raison de son incapacité cognitive, présente un risque de comportements réactifs. L'équipe mobile d'intervention en soins de longue durée du Projet OSTC fournit un soutien aux personnes, aux familles et aux fournisseurs de services de santé en apprenant à mieux les connaître et étant là lorsqu'elles déménagent. En date du 30 décembre 2014, cette équipe avait appuyé 491 transitions (Source : rapport du 3e trimestre de 2014-2015 du Projet OSTC de HNHB).

Équipes d'intervention en soins palliatifs/partage des soins –
Ce que les clients nous ont dit :

« Je suis tellement reconnaissant envers l'équipe d'intervention. Je n'aurais pas été en mesure de le faire sans eux; ils me fournissaient des soins et répondaient à mes questions, lorsque toutes les autres options n'étaient pas disponibles en dehors des heures d'ouverture. Ils m'ont trouvé un excellent médecin. Je suis béni. Au milieu de la nuit, lorsque quelque chose ne va pas, il est extrêmement réconfortant d'avoir quelqu'un sur qui compter, une personne en chair et en os à appeler et qui répond de manière concrète à nos questions. Comme le service des urgences ne fait pas partie du plan des soins palliatifs, savoir qui appeler et disposer d'une directive de rechange était vraiment essentiel. Je ne pourrai jamais assez vous remercier, tous autant que vous êtes. »

– Cheryl Moore, directrice générale, Stedman Hospice

Voici ce que comprend le modèle de cette équipe :

- **Projet OSTC** – Point de contact unique d'information et d'orientation destiné aux clients, aux aidants et aux fournisseurs de soins de santé; on y effectue des acheminements actifs et on rapproche les services des clients. C'est le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) de HNHB qui en est responsable.
- **Équipe mobile communautaire de soutien en cas de troubles du comportement** – Cinq équipes situées dans la région du RLISS au sein d'équipes d'intervention en cas de crise existantes fournissent un soutien « juste à temps » (crise) aux personnes manifestant des comportements réactifs ou risquant de le faire et les mettent en rapport avec un soutien à plus long terme.
- **Modèle de service axé sur un responsable communautaire intégré (RCI)** – Un organisme communautaire est le point de contact unique pour les clients nécessitant un soutien en cas de troubles du comportement. Ce modèle est adopté par les fournisseurs de services de santé financés par le RLISS qui dispensent des soins au titre de ce projet.
- **Équipe mobile de soutien en cas de troubles du comportement en soins de longue durée (SLD)** – Cinq équipes ont été mises en œuvre dans le RLISS, servant les 85 foyers de soins de longue durée du RLISS.

Principales réussites du Projet OSTC en 2014-2015

Projet OSTC

- 1 347 clients servis (2 550 depuis avril 2012)
- 100 % des aidants/clients ont été mis en lien avec le service/soutien après avoir appelé le Projet OSTC
- De 64 à 70 % de ces clients n'avaient reçu aucun service avant d'appeler le Projet OSTC (selon une plage de pourcentage pour les cinq régions du RLISS)

Équipes d'intervention communautaire du Projet OSTC

- 1 200 clients ont reçu un soutien en temps de crise (3 000 depuis la mise en œuvre du programme le 1er avril 2012)
- De 58 à 79 % des clients ont reçu leur congé de l'hôpital (plage de pourcentage pour les cinq régions du RLISS de HNHB) et disposaient d'un soutien communautaire à long terme pour prévenir des crises futures (plage de pourcentage pour les cinq régions RLISS)

Équipe mobile de soutien en cas de troubles du comportement en SLD

- 2 654 clients servis (5 810 depuis le 1er avril 2012), 894 clients ont été soutenus dans leurs transitions aux SLD en 2014-2015
- Augmentation des connaissances et de l'utilisation de soutien transitoire offert par l'Équipe mobile de soutien en cas de troubles du comportement en SLD pour les clients vivant une transition depuis ou vers des SLD, ce qui permet de bien planifier le déménagement de la collectivité ou le déplacement des soins actifs aux SLD pour les résidents, les aidants et le personnel. Le nombre d'orientations de transition a augmenté de 3,44 % en 2012-2013 à 33,68 % en 2014-2015.
- Le travail proactif visant à soutenir les transitions aux SLD a entraîné une baisse du taux de réadmission au programme OSTC. Une étude pilote d'un an a révélé que les taux de réadmission au programme OSTC pour les résidents recevant un soutien épisodique en cas de troubles du comportement en SLD par l'équipe mobile étaient de 17,6 %; toutefois, les taux de réadmission pour les résidents recevant un soutien de transition proactif vers les SLD offert par l'équipe mobile était de 4,8 %.
- Le personnel des foyers de SLD déclare que, dans 85,7 % des cas, il y a « un plan de prise en charge clair des comportements réactifs pour les résidents » après la participation de l'équipe mobile.

Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement – Ce que les clients nous ont dit :

« Je suis plus à l'aise... J'ai bien fait en choisissant d'appeler et de faire affaire avec cet organisme (Projet OSTC). De plus, je n'ai pas eu à faire plusieurs appels. »
– Un aidant participant au Projet OSTC

« Le service du Projet OSTC n'est pas simplement bon, il est très bon! Le Projet OSTC m'a fourni des renseignements très utiles pour m'aider à comprendre. »
– Un aidant

« L'équipe du Projet OSTC est très utile pour sensibiliser le personnel sur les raisons qui poussent les gens ayant des comportements réactifs à faire ce qu'elles font. Ils peuvent prendre du temps supplémentaire pour explorer des moyens positifs que notre équipe peut appliquer afin d'aider les résidents à avoir la meilleure qualité de vie possible. »
– Kim, Infirmière auxiliaire autorisée dans un foyer de soins de longue durée

Modèle de service axé sur un responsable communautaire intégré (RCI)

- Mise en œuvre de cinq forums de partenaires communautaires sur les RCI à Burlington, à Brant, à Haldimand-Norfolk, à Hamilton et dans la région de Niagara, où l'on trouve plus de 200 membres de personnel de première ligne et gestionnaires. Les forums étaient interorganisationnels et donnaient un enseignement sur l'approche des RCI pour accroître les connaissances et la confiance en adoptant la pratique des RCI. Parmi les autres buts des forums, il y avait le renforcement des relations de travail en première ligne et au niveau de l'organisation, ainsi que la consolidation des communications claires entre les partenaires communautaires dans le cadre des soins offerts aux clients du projet OSTC.

Autres

- Mise en œuvre d'un outil de communication/d'orientation dans un service des urgences, afin d'améliorer la planification des congés d'hôpital et la coordination des soins pour la population de participants au projet OSTC qui visitent le service des urgences.
- Création de la documentation sur les comportements réactifs dans le groupe de travail des hôpitaux, afin d'étudier les forces et les difficultés qui apparaissent lorsqu'on transmet une documentation précise et contextualisée concernant les comportements réactifs dans les hôpitaux et les répercussions plus vastes de la documentation sur la qualité des soins ainsi que sur l'accès et le cheminement des patients.
- L'examen du groupe de spécialistes en SLD a commencé en septembre 2014. L'objectif consistait à analyser quatre résidents présentant un risque élevé ayant des comportements réactifs en SLD, en vue de déterminer des stratégies de rechange pour éviter les transferts inutiles à l'hôpital. Le groupe

de spécialistes, qui a recueilli un résumé de ces cas afin de les évaluer, se réunira de nouveau en mai 2015 pour reprendre l'examen des SLD et formuler des recommandations précises.

La collaboration avec les hôpitaux en vue de comprendre les défis liés aux services offerts aux clients du projet OSTC constituait un des éléments centraux tout au long des nombreuses initiatives du projet OSTC en 2014-2015 et continuera de l'être en 2015-2016.

cyberSanté

Le bureau des services de technologie de l'information sur la santé de cyberSanté gère l'avancement des initiatives et des priorités régionales de cyberSanté. Ce bureau et Hamilton Health Sciences (HHS) sont des chefs de file dans l'avancement de systèmes et de solutions de cyberSanté qui améliorent la prestation des soins de santé, les soins offerts aux patients et la sécurité de ces derniers.

Le bureau de cyberSanté offre des services de gestion, notamment la planification stratégique régionale de cyberSanté, la participation des intervenants, la communication, la gestion de l'adoption, de la transformation et du changement, la préparation et la négociation des propositions, la gestion des programmes et de la mise en œuvre, ainsi que la planification des améliorations. Dans le cadre du programme Connecting South West Ontario (cSWO), HHS et le bureau des services de technologie de l'information sur la santé de cyberSanté sont les fournisseurs de solutions qui assurent le déploiement de ClinicalConnect[MC] dans l'ensemble des RLISS de Érié St-Clair, du Sud-Ouest, de Waterloo Wellington et de HNHB. Ils sont aussi les partenaires de prestation régionaux pour HNHB.

Le bureau de cyberSanté gère un certain nombre d'initiatives en vue d'améliorer les soins aux patients et la sécurité de ces derniers, d'appuyer des stratégies provinciales comme les maillons santé, de même que de mieux intégrer les données et services de manière électronique pour le continuum des soins. Vous trouverez la description de certains projets clés ci-dessous.

ClinicalConnect

ClinicalConnect est un portail en ligne sécurisé qui offre aux médecins et aux cliniciens un accès en temps réel aux renseignements médicaux électroniques de leurs patients, en provenance d'hôpitaux régionaux, de centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et de centres de cancérologie du sud-ouest de l'Ontario. Il intègre également les données provenant du système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO) de cybersanté, le Southwestern Ontario Diagnostic Imaging Network (SWODIN) et les évaluations infirmières du projet canadien intitulé Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins (C-RSAIS). ClinicalConnect est un outil fondamental pour combler l'écart entre les systèmes d'information disparates couvrant une grande région géographique et plusieurs établissements de santé régionaux.

Au cours de la dernière année, un certain nombre de mises à jour importantes tant sur le plan de données que des fonctionnalités ont été apportées au portail. ClinicalConnect regroupe maintenant des données provenant de 50 hôpitaux (par rapport à 36, l'an dernier), quatre CASC (par rapport à deux, l'an dernier), SILO ainsi que des images diagnostiques provenant de huit hôpitaux stockés dans le SWODIN, qui servent à compléter les rapports diagnostiques existants et qu'on peut consulter dans la plupart des organisations participantes. À la fin de l'été 2015, il est prévu que des données provenant de 18 autres hôpitaux des RLISS d'Érié St-Clair et du Sud-Ouest seront également intégrées. ClinicalConnect offrira des dossiers de

santé électroniques intégrés concernant presque 4 millions d'Ontariens qui vivent dans la région du sud-ouest de la province.

Grâce à une gestion enthousiaste du changement et à l'adoption des efforts déployés par les partenaires de prestation de cSWO dans les quatre RLISS du Sud-Ouest de l'Ontario, il y a maintenant plus de 17 000 utilisateurs autorisés (par rapport à 7 000 à cette époque l'an dernier). En outre, environ 1 500 fournisseurs de soins de santé sont en mesure d'accéder à ClinicalConnect directement à partir de leur système d'information à l'hôpital, et ce, par l'intermédiaire des capacités contextuelles de lancement, par opposition à l'ouverture d'une session distincte dans le site Web. En moyenne, les fournisseurs de soins de santé ont accès à plus de 20 millions d'éléments de données de renseignements médicaux personnels en temps réel et à chaque trimestre.

Les avantages de ClinicalConnect sont profonds et de plus en plus largement reconnus par la communauté des utilisateurs. L'efficacité du déroulement des activités, des soins plus sûrs et de meilleure qualité offerts aux patients ainsi que des améliorations au cours de la transition entre les différents milieux de soins sont régulièrement mentionnés comme étant les plus grands avantages à la fois du point de vue du patient et du fournisseur.

Système Integrated Decision Support (IDS) Warehouse

Le système IDS est une solution intégrée d'affaires intelligentes visant à soutenir les décisions de plusieurs RLISS, qui se déploie à la fois à l'échelle du système et sur le plan opérationnel pour les FSS et les bureaux de RLISS. Il se compose d'un entrepôt de données réelles, d'outils d'analyse et de services de rapports, en plus d'être pleinement opérationnel dans les RLISS de HNHB, de Centre-Toronto, du Sud-Ouest et de Waterloo Wellington.

Le système est actuellement déployé dans un environnement préproduction au RLISS de Mississauga Halton, où l'on était à terminer de procéder aux essais et à la vérification. Il devait être mis en service en avril 2015. Le RLISS d'Érié St-Clair devait quant à lui le mettre en service plus tard en 2015; des négociations sont en cours avec deux autres RLISS.

Il y a plus de 850 utilisateurs actifs dans le système IDS, qui accueille plus de 25 millions de dossiers de patients aux enregistrements uniques qui sont liés par un numéro de référence du RLISS, facilitant ainsi la collaboration entre les secteurs responsables du parcours des patients dans le système de santé. Du point de vue de la cyberSanté, le système IDS vient compléter des initiatives existantes, telles que le déploiement de ClinicalConnect, en plus de pouvoir être utilisé pour contribuer aux analyses prédictives et éclairer le développement de l'écosystème.

En 2014-2015, un travail considérable a été entrepris avec l'Association des centres de santé de l'Ontario (ACSO), entité provinciale de laquelle relèvent les centres de santé communautaires, afin d'en appliquer un extrait dans le système IDS en utilisant des données recueillies par les centres de santé communautaire (CSC). Les CSC du RLISS de HNHB ont été les premiers à adopter le système IDS, et des essais pilotes ont eu lieu dans deux autres CSC. La mise en service est prévue en juin pour les deux essais pilotes. Des discussions se tiendront également avec d'autres CSC du RLISS, en vue de soumettre des données au système IDS et de l'intégrer dans le cheminement des patients dans le système de santé.

Dépôt d'imagerie diagnostique

Au cours de l'année dernière, l'adoption et la satisfaction des utilisateurs du dépôt d'imagerie diagnostique ont augmenté après les mises à jour du système et l'intégration d'images avec ClinicalConnect. En 2014 et

pendant le premier trimestre de 2015, des images diagnostiques provenant de huit hôpitaux ont été intégrées avec ClinicalConnect, en plus de celles provenant déjà des établissements de HHS. La planification de l'intégration d'images provenant des autres hôpitaux du Sud-Ouest de l'Ontario est en cours.

Le personnel du dépôt continue de travailler directement avec les hôpitaux afin d'augmenter l'adoption par l'intermédiaire d'activités de participation en cours. Les projets à venir en lien avec le dépôt d'imagerie diagnostique comprennent la mise en œuvre de la gestion des examens réalisés à l'externe dans différents hôpitaux reliés au dépôt, le déploiement du service des examens d'imagerie et du projet d'optimisation des coûts au sein du RLISS de Waterloo Wellington et de HNHB, ainsi que les activités de participation continues dans les hôpitaux participants.

Service commun d'imagerie diagnostique

Les services de technologie de l'information sur la santé de cyberSanté était à mettre la touche finale à la portée et aux plans d'intégration prospective avec le service commun d'imagerie diagnostique de cyberSanté Ontario. Cela permettrait d'accéder à de nouvelles sources de rapports d'examens d'imagerie diagnostique dans les hôpitaux se trouvant au-delà des frontières du sud-ouest de l'Ontario et des établissements de soins de santé indépendants.

L'intégration du service commun d'imagerie diagnostique à ClinicalConnect pour soutenir le partage et l'affichage des rapports d'imagerie diagnostique constitue la première de deux étapes importantes et jettera les bases d'une amélioration future visant à permettre l'accès aux examens d'imagerie diagnostique lorsque ceux-ci deviennent disponibles. La disponibilité opportune et efficace des résultats d'imagerie diagnostique est importante pour le processus décisionnel médical, en plus de réduire les procédures inutiles.

Gestion et adoption du changement

Depuis l'année dernière, des progrès impressionnants ont été réalisés en vue d'aider les fournisseurs de soins de santé à adopter ClinicalConnect. L'équipe de transformation a ciblé des médecins et des cliniciens de soins primaires, ainsi que des secteurs communautaires et des soins actifs. Des campagnes de réengagement ont été lancées à l'Hôpital Général de Haldimand Ouest, à l'hôpital général de Norfolk, à l'hôpital Joseph Brant, dans le Système de santé de Niagara et à Hamilton Health Sciences.

Un certain nombre de centres de santé communautaire ont signé des ententes de partage de données avec ClinicalConnect, et la formation destinée au personnel autorisé de ces centres est bien amorcée. Cela s'applique également pour un certain nombre de foyers de soins de longue durée au sein du RLISS, dont certains font partie de sociétés mères ayant des établissements dans d'autres RLISS dans le Sud-Ouest de l'Ontario. Par ailleurs, notre équipe a travaillé en collaboration avec d'autres partenaires de prestation de cSWO afin de garantir une expérience d'adoption tout en douceur pour ces organismes Les efforts d'engagement se poursuivent avec les bureaux de santé publique, les services de soutien communautaire ainsi qu'avec les organismes de santé mentale et de lutte contre les dépendances dans le RLISS.

Cheminement des patients

Le cheminement du patient a continué d'être une priorité élevée pour le RLISS de HNHB en 2014-2015, car les hôpitaux du RLISS ont déclaré collectivement sur une base hebdomadaire (à quelques exceptions près) plus de 500 personnes à l'hôpital en attente d'accéder à un autre niveau de soins (ANS).

En 2014-2015, le cheminement du patient a subi les effets d'une certaine charge de travail exercée sur le système, qui ont influé sur les transitions des patients dans le système hospitalier et le taux d'ANS du RLISS, notamment :

- En date du 22 février 2015, il y avait 554 personnes qui attendaient à l'hôpital pour obtenir un autre niveau de soins (ANS) *(Source : ALCIS)*. Cela représentait une augmentation de 45 % du nombre de personnes en attente d'un ANS à l'hôpital depuis le plus faible nombre déclaré par le RLISS, soit 382 en août 2012.
- Une augmentation dans le nombre de jours déclarés pendant lesquels les personnes étaient en attente dans tous les types de lit d'hôpital atteignait 44 322 en novembre 2014 *(rapport sur le rendement du Comité directeur des ANS, mars 2015);*
- En août 2014, 87 personnes avaient attendu 100 jours ou plus à l'hôpital pour obtenir des ANS *(rapport sur le rendement du Comité directeur des ANS, mars 2015);*
- Le nombre de personnes en attente à l'hôpital pour un lit à long terme a augmenté de 190 en avril 2014 à partir d'un creux de 126 en février 2013 (rapport sur le rendement du Comité directeur des ANS, mars 2015);
- Le nombre de nouveaux patients désignés ANS est passé mensuellement de 693 en janvier 2014 à 793 en janvier 2015, le rapport de la capacité des services ANS déclaré étant de 0,87 *(rapport sur le rendement du Comité directeur des ANS, mars 2015).*

Cheminement des patients
Accent mis sur la transition des personnes dans l'ensemble du système de soins de santé, notamment :
– De la collectivité aux soins à titre de patients hospitalisés;
– De soins actifs à des soins non actifs ou à la maison.

Bien que l'on doive parfois s'attendre à des temps d'attente dans le continuum des soins, les problèmes apparaissent lorsque les temps d'attente sont longs en milieu hospitalier ou que le nombre de personnes qui attendent à l'hôpital avant d'être transférées dans un milieu de soins non actifs est grand.

Répercussions de la lenteur du cheminement des patients

Impact sur la personne
– Le rétablissement d'une personne peut être retardée ou, dans le cas de personnes âgées, pourrait régresser tant sur le plan physique que mental, lorsque celles-ci attendent d'être transférées dans un milieu plus approprié de soins non actifs
– Les séjours inutilement longs à l'hôpital exposent les gens à un risque plus élevé de complications nosocomiales

Impact sur les personnes à l'échelle du système
– Les hôpitaux peuvent avoir de la difficulté à offrir des soins aux personnes qui en ont besoin lorsqu'un grand nombre de personnes qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers actifs doivent attendre à l'hôpital avant d'être transférées vers un autre milieu de soins. Cela peut entraîner l'annulation de chirurgies non urgentes, de longs temps d'attente dans les services des urgences ou des retards dans la prestation des services nécessaires.

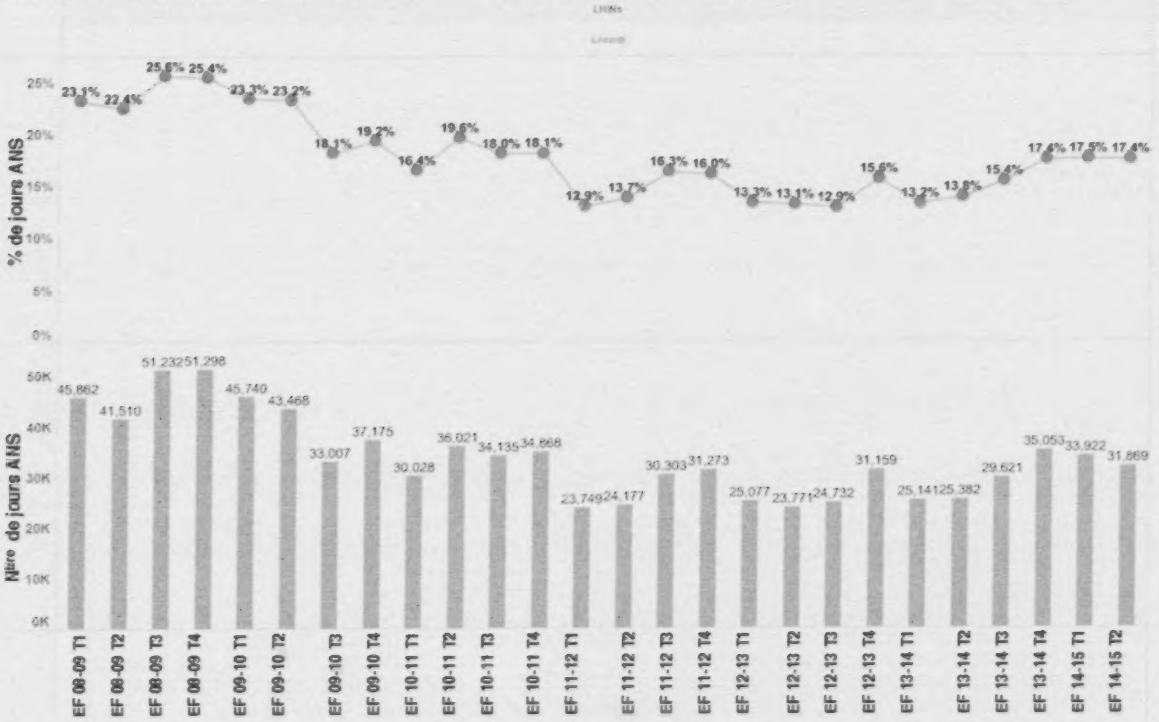
Le RLISS surveille de deux façons le nombre de jours qu'une personne attend à l'hôpital avant d'être admise dans un milieu offrant d'autres niveaux de soins :
– Cas clos : le nombre total de jours qu'un patient a passés à l'hôpital en attendant de recevoir d'autres niveaux de soins et d'obtenir son congé.
– Cas ouverts : le nombre de patients encore hospitalisés qui attendent d'être transférés vers un milieu offrant d'autres niveaux de soins.

L'accès en temps opportun au niveau de soins le plus approprié à l'endroit le plus approprié était nécessaire pour améliorer le cheminement des patients ainsi que pour améliorer considérablement l'expérience des gens à l'égard du système de soins de santé.

Pour ce faire, le RLISS, en collaboration avec le Comité directeur du RLISS sur le cheminement des patients, les FSS ainsi que d'autres intervenants clés, a étudié les possibilités au sein des milieux hospitalier et communautaire. Activités axées sur ce qui suit :

- Les interventions visant à prévenir ou à réduire le déclin de l'état cognitif et fonctionnel des gens, surtout chez les personnes âgées
- Élaboration et mise en œuvre de politiques et de processus normalisés relatifs au congé d'hôpital, de manière à ce que le patient, la famille/l'aidant et l'équipe de soins de santé soient informés du plan de soins dans les hôpitaux et au moment du congé de l'hôpital
- Augmentation de l'accès aux programmes de soins de transition dans la collectivité
- Augmenter l'accès aux services d'aide à la vie autonome dans la collectivité.
- Réduire le nombre de jours pendant lesquels les gens doivent attendre pour obtenir des soins de longue durée, faire l'objet d'une supervision ou recevoir de l'aide à la vie autonome.

Figure 10 – Taux d'ANS en soins actifs selon la CPMR du RLISS de HNHB



(Sources : Exercice 2008-2009 à exercice 2010-2011 : SavoirSANTÉ ONTARIO; jours d'ANS en pourcentage (patients hospitalisés); à partir de l'exercice 2011-2012 : Direction de l'analytique en matière de santé, MSSLD; analyse supplémentaire du financement total de la CPMR)

Statut cognitif et fonctionnel – Prévention, réduction et maintien

Hôpitaux adaptés aux besoins des aînés

La Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés, qui demeure une importante priorité provinciale, est un catalyseur important pour le soutien de plusieurs stratégies provinciales, y compris les

maillons santé et la Stratégie des soins aux personnes âgées de la province. La Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés a pour vision d'aider les aînés à maintenir une santé et une fonction optimales pendant leur séjour à l'hôpital pour qu'ils puissent réussir la transition au domicile ou au niveau de soins approprié *(Source : Soins hospitaliers adaptés aux besoins des aînés de l'Ontario. Rapport sommaire et recommandations, septembre 2011).*

Le groupe de travail régional sur la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés examine les réussites et les enjeux clés associés à la mise en œuvre de plans d'amélioration dans les hôpitaux.

Voici les priorités du groupe de travail régional sur la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés pour l'exercice 2014-2015 :

- Appuyer les transitions entre milieux de soins;
- Promouvoir une mobilisation précoce pour prévenir le déclin fonctionnel.

Une analyse contextuelle de la Stratégie a été réalisée à l'automne 2014 afin de déterminer les améliorations apportées en matière d'engagement et de soins dans le cadre de la Stratégie depuis 2011. Voici les améliorations constatées dans la région du RLISS de HNHB :

- 89 % des hôpitaux prennent part au dépistage, à la détection, à la prévention, à la prise en charge, au suivi et à l'évaluation du délire, comparativement à 50 % en 2011;
- 100 % des hôpitaux prennent part au dépistage, à la détection, à la prévention et à la prise en charge du déclin fonctionnel, comparativement à 41 % en 2011;
- 89 % des hôpitaux ont un processus/une structure en place pour donner la formation en matière de sensibilisation aux besoins des personnes âgées, comparativement à 77 % en 2011;
- 100 % des hôpitaux ont des processus en place pour la planification préalable des soins, comparativement à 45 % en 2011;
- 100 % des hôpitaux disposent de processus relatifs à la capacité et au consentement;
- 100 % des hôpitaux ont terminé des mises à niveau environnementales.

(Source : Senior Friendly Hospital Care in the Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network. Summary of Self-Assessment Responses, février 2015)

Le programme de formation avancée en leadership pour la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés a été offert à tous les hôpitaux financés par des fonds publics en Ontario, pour lesquels l'amélioration des services aux aînés constitue un objectif important. Le programme de formation permettra de renforcer les capacités et de poursuivre l'élan de la stratégie provinciale grâce à un programme de formation éclairé par les pratiques exemplaires en matière d'application des connaissances scientifiques, d'amélioration de la qualité et de gestion du changement.

Six hôpitaux du RLISS ont participé à toute la durée de l'étude pilote sur un indicateur de déclin fonctionnel et de délire à l'échelle provinciale. Les résultats préliminaires de l'évaluation et les recommandations seront ajoutés aux travaux futurs du groupe de travail du RLISS sur la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés, en vue d'une mise en œuvre plus vaste.

Approche en matière de soins fondés sur l'évaluation et le rétablissement – Prévention et soins de rétablissement

Le RLISS de HNHB a financé 124 programmes de rétablissement dans sept emplacements partout dans la région du RLISS, afin d'aider les personnes à retrouver une capacité fonctionnelle optimale à la suite d'une maladie aiguë. Offerts dans les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée, ces programmes

fournissent tous des soins de rétablissement. Les gens sont généralement admis à l'hôpital à la suite d'un événement aigu, mais peuvent aussi être admis directement à partir de la collectivité.

L'équipe de soins de santé recourant à l'approche en matière de soins fondée sur l'évaluation et le rétablissement peuvent comprendre des infirmières, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des ludothérapeutes, des pharmaciens et des gestionnaires de cas du CASC. Les personnes inscrites au programme travaillent avec cette équipe de soins de santé durant une certaine période afin de recouvrer leurs forces nécessaires pour rentrer à la maison. Du 1er avril au 31 décembre 2014, 81 % des personnes inscrites au programme d'évaluation, de rétablissement et de réadaptation lente du RLISS ont reçu leur congé des programmes de rétablissement et sont retournées à la maison. Le RLISS dispose également de 63 lits de soins de convalescence situés dans trois foyers de soins de longue durée à Hamilton et dans la région de Niagara.

En 2014-2015, le RLISS a mis en œuvre un modèle d'équipe mobile d'évaluation et de rétablissement pour les aînés (SMART en anglais) dans cinq emplacements hospitaliers du RLISS. Ces équipes travailleront avec les patients qui ont éprouvé récemment un déclin fonctionnel réversible et/ou qui sont à risque de subir un déclin fonctionnel plus important. L'accès à cette équipe sera offert dans les services des urgences et dans le cadre de soins actifs, en plus d'un accès opportun de sept jours à l'équipe mobile d'évaluation et de rétablissement.

Aînés actifs et en santé

Les chutes chez les personnes âgées de plus de 65 ans constituent un problème de santé important au Canada. Les chutes entraînent souvent des traumatismes physiques et psychologiques dévastateurs qui ont un impact négatif sur la qualité de la vie et les activités de la vie quotidienne. Dans une enquête menée auprès d'organismes communautaires servant les personnes âgées, 82 % estiment que les chutes sont évitables et 75 % s'accordent pour dire que chez les adultes âgés, les chutes représentent une de leurs principales préoccupations en matière de santé. *(Source : Markle-Reid, M (2015). Engaging Community Organizations in Fall Prevention for Older Adults: Moving from Research to Action).*

La recherche montre que les programmes d'exercices évolutifs et personnalisés contribuent à améliorer la force, la démarche et l'équilibre, en plus de donner l'occasion aux personnes âgées de socialiser et d'apprendre au sujet des principaux facteurs de risque de chutes. Au cours de la période d'avril 2014 à décembre 2014, le RLISS a offert des cours d'exercices pour la prévention des chutes à 7 049 personnes dans 187 endroits dans la région. Le RLISS continue de travailler avec les fournisseurs communautaires en vue de maintenir l'accès généralisé aux programmes d'exercices financés par le RLISS et de s'assurer que ces derniers continuent à offrir une expérience positive aux patients à l'occasion de chacun des cours.

Demeurer actif – Ce que les clients nous ont dit

« Je pense que ce programme est la meilleure chose jamais offerte aux aînés – du point de vue social, cela est physiquement excellent et très important! » – *Participant au programme Stay Strong Falls Prevention*

« Je continue à trouver que mon équilibre s'est amélioré lorsque je promène mon chien! » Je me trouve souvent debout sur un sol inégal ou sur des cônes de pins, des roches et d'autres débris naturels qui, autrefois, auraient grandement augmenté mon risque de chutes. Maintenant, je suis beaucoup plus confiante. L'effet a également été très impressionnant sur mon mari, qui est atteint de la maladie d'Alzheimer. Il est plus attentif, plus réactif et il marche mieux! »
– *Participant au programme Stay Strong Falls Prevention*

Politiques et procédures relatives aux congés d'hôpital

Les RLISS continuent d'être un fervent partisan du programme Chez soi avant tout. Les FSS du RLISS ont adopté Chez soi avant tout comme un élément culturel mettant l'accent sur le congé d'hôpital de personnes qui retournent vivre à la maison, le cas échéant, à la suite d'une hospitalisation de soins de courte durée pour recevoir des soins actifs.

Chez soi avant tout est une philosophie fondée sur des données probantes qui met l'accent sur la gestion de la transition et le soutien offert aux gens pour qu'ils puissent rentrer chez eux après un séjour à l'hôpital. En juillet 2014, le Comité directeur du RLISS sur le cheminement des patients a reconnu la nécessité de normaliser les pratiques et les processus relatifs aux congés d'hôpital de l'ensemble des fournisseurs du RLISS, afin d'améliorer le cheminement des patients. Le Comité a en principe approuvé l'adoption des politiques et des procédures normalisées relatives au processus de congé d'hôpital du RLISS de Waterloo Wellington à titre d'éléments clés d'une mise à jour prévue du programme Chez soi avant tout, et ce, à l'échelle du RLISS.

Principaux objectifs de l'examen normalisé des processus et des procédures relatifs aux congés d'hôpital :

- Aider les patients à rentrer à la maison/avoir accès aux soins appropriés avant d'y retourner, ou de se rendre à la prochaine destination de soins;
- Améliorer la communication et les échanges avec les fournisseurs de soins primaires;
- Accroître la cohérence et la collaboration du personnel des divers organismes/secteurs;
- Les patients et les familles doivent s'engager tôt et souvent à l'égard du partage de l'information au sujet de leurs soins ainsi qu'à l'élaboration des plans de soins de soutien;
- Les agents de première ligne et la direction doivent collaborer pour aider les patients à accéder aux soins.

En 2014-2015, tous les hôpitaux et les CASC du RLISS de HNHB étaient en voie de mettre en œuvre la nouvelle trousse *HNHB Planning Your Care and Next Steps: Discharge and Transitions Toolkit* à l'occasion de la première mise à jour de Chez soi avant tout. L'élaboration de cet outil a nécessité une participation considérable de plusieurs fournisseurs, d'agents de soins primaires, ainsi que des patients et des familles. Il en a résulté des processus et des procédures normalisés relatifs aux congés d'hôpital.

Programme des lits de transition

Au début de 2014, une personne de HHS a été détaché au RLISS pour étudier les options offertes à Hamilton en matière de programme communautaire lié à la transition destiné aux aînés et aux autres adultes qui ont besoin de soutien et/ou des soins 24 heures sur 24. Depuis la présentation du rapport final en mars 2014, intitulée *Hamilton Community Transitional Wellness Capacity Project,* 102 lits de transition ont été ouverts dans la région de Hamilton et de Burlington.

Le programme de lits de transition est déployé dans des maisons de retraite certifiées et des centres de vie autonome, où l'on donne accès à des milieux de soins appropriés et à des services par l'intermédiaire d'un partenariat établi avec le CASC. C'est grâce à ces partenariats que les personnes incapables de rentrer chez elles après un séjour à l'hôpital reçoivent le bon niveau de soins pendant leur transition de retour dans la collectivité. Non seulement ce programme fournit-il un milieu de soins plus approprié dans la collectivité, il améliore aussi le cheminement global des patients en modifiant la capacité des ressources en soins actifs de l'hôpital, ce qui leur permet de fournir plus rapidement des services de soins actifs.

Soins collaboratifs à domicile et en milieu communautaire

En 2014, le gouvernement de l'Ontario a apporté des modifications réglementaires à la *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires*, qui ont permis aux RLISS de financer les organismes de services de soutien communautaire pour que ceux-ci puissent fournir des services de soutien personnel à domicile. Parallèlement à cette modification réglementaire, deux lignes directrices en matière de politique publiées par le ministère et dans lesquelles on décrit les conditions pour qu'un organisme de services de soutien communautaire puisse assurer la coordination des soins offerts aux clients qui présentent des besoins moindres ainsi qu'élargir le mandat de certains organismes de services de soutien communautaire afin qu'ils soient en mesure d'offrir du soutien personnel à domicile.

Le RLISS, en collaboration avec le CASC et les organismes de services de soutien financés par le RLISS qui sont approuvés pour fournir des services d'aide à la vie autonome, ont mis au point un modèle novateur de prestation de services, qui décrit le processus visant à mener ses activités de manière efficace en tant qu'« un seul secteur ». Ce modèle a favorisé l'expérience continue et coordonnée des soins de santé pour les personnes âgées qui sont autonomes et dont les besoins en matière de soins sont relativement stables. La population admissible à des services de soutien personnel fournis par un organisme qui en est responsable doit présenter de faibles besoins en matière de soins de santé, être stable ou modérément stable, ne pas avoir besoin d'un grand nombre ni d'un grand éventail de services et n'avoir besoin que de peu de soutien communautaire supplémentaire.

En février 2015, le RLISS a affecté 4 000 000 $ pour soutenir la mise en œuvre de ce modèle de soins collaboratifs. Le nombre annuel d'heures consacrées aux services de soutien personnel coordonnés par les organismes sélectionnés ayant fourni de l'aide à la vie autonome, au lieu du CASC, s'est élevé à 127 795. Cela a permis au CASC de rendre service à un nombre croissant de personnes présentant des besoins plus importants en matière de soins.

En outre, le RLISS a été déterminé comme l'un des premiers à adopter la mise en œuvre des nouvelles lignes directrices en matière de politique relative à l'approbation sélective des nouveaux organismes de services de soutien personnel, afin de fournir ces services à domicile. Ainsi, le RLISS, qui a été un des premiers à l'adopter, a contribué à l'élaboration de stratégies et des objectifs locaux; de plus, il a continué à favoriser le processus de changement à l'échelle locale, a éclairé les principes et les jalons du projet provincial, mis à l'épreuve les normes et les définitions, en plus de travailler à la mise au point de la trousse pour l'adoption par d'autres partenaires du RLISS en 2015-2016.

Le travail collaboratif des fournisseurs du RLISS a permis d'obtenir des améliorations/réussites en regard du cheminement des patients :

- Les fournisseurs du RLISS, sous la direction du Comité directeur du RLISS de HNHB sur le cheminement des patients et le Comité responsable de la mise à jour du programme Chez soi avant tout, rédigé et mis en œuvre la trousse *"HNHB Planning Your Care and Next Steps: Discharge and Transitions Toolkit*;
- Réduction soutenue du nombre de patients à l'hôpital qui sont en attente de soins de longue durée, qui est passé de 360 en août 2010 à 125 le 15 février 2015, et ce, dans tous les hôpitaux du RLISS *(Source : CASC de HNHB)*;
- En février 2015, le nombre de personnes en attente d'ANS depuis 100 jours ou plus est passé de 65 à 87 cas déclarés en août 2015;
- La collaboration avec le ministère des Services sociaux et communautaires a permis la réussite des congés d'hôpital des personnes ayant attendu longtemps avant d'avoir accès à un logement de soutien supervisé;

- Maintien du taux d'ANS en soins complexes : de 18 à 19 %;
- Ouverture de plus de 100 lits de soins de transition dans la collectivité;
- Poursuite du soutien offert aux patients nécessitant des niveaux plus élevés de soutien communautaire pour retourner à la maison après un séjour à l'hôpital; d'avril à décembre 2014, 2 666 personnes ont reçu les maximums de services à la maison *(Source : Rapport du troisième trimestre de 2014-2015 du CASC de HNHB)*.

Service des urgences – Durée de séjour

La durée du séjour au service des urgences (SU) représente la durée totale de la visite à l'urgence à partir du triage ou de l'inscription (le premier des deux prévalant) jusqu'au départ de l'urgence ou à l'admission à un lit pour malade hospitalisé. Durant ce temps, la personne voit le personnel médical et reçoit des soins.

Le RLISS surveille trois mesures du SU qui permettent d'établir la durée de séjour du 90e percentile pour trois groupes de population qui se présentent au SU :

- Population non admise identifiée au moyen de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) comme un cas allant de 1 à 3, ou « niveau de gravité élevé »
- Population non admise identifiée au moyen de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) comme un cas de 4 ou 5, ou « niveau de gravité faible »
- Population du SU admis dans un lit de malades hospitalisés. Les codes 1-5 peuvent être attribués.

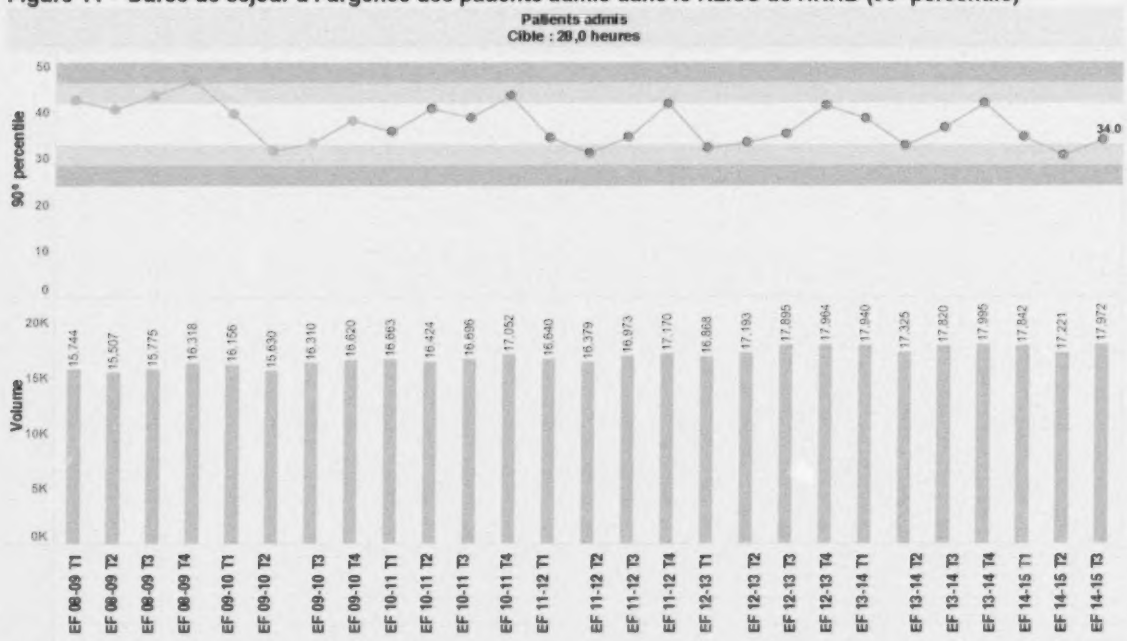
> ***Comment mesure-t-on la durée de séjour au SU?***
> 90e percentile, qui correspond au temps total passé aux services des urgences

Le RLISS compte neuf sociétés hospitalières : il y a deux centres universitaires (un multi-site), trois grands hôpitaux communautaires (un multi-site), un hôpital pour malades chroniques et trois petits hôpitaux communautaires servant les régions rurales. Huit de ces hôpitaux donnent des services d'urgence à 12 emplacements, huit hôpitaux participent au Programme de financement axé sur les résultats du MSSLD et un hôpital est doté d'un SU pour les enfants et les jeunes.

La durée de séjour au SU pour les populations non admises variait selon l'emplacement du SU; le RLISS a la plupart du temps atteint ou dépassé les cibles de la CPMR du RLISS en 2014-2015 (voir la figure 12).

Le RLISS a eu le plus de difficulté à réduire la durée de séjour au SU pour la population de patients admis, en particulier durant les mois d'hiver, soit de janvier à mars. L'augmentation de la durée de séjour déclarée par les hôpitaux du RLISS de HNHB durant les mois d'hiver s'apparente à la tendance provinciale (voir la figure 12).

Figure 11 – Durée de séjour à l'urgence des patients admis dans le RLISS de HNHB (90e percentile)



(Source : Access to Care WTIS)

Facteurs contribuant à la durée de séjour au SU

Diverses pressions exercées sur le système de santé ont empêché la diminution de la durée de séjour à l'urgence, en particulier pour la population admise au SU.

Volume de fréquentation du SU

Les hôpitaux du RLISS de HNHB connaissent une augmentation du nombre de personnes se présentant au SU. De l'exercice 2013-2014 à l'exercice 2014-2015, les visites aux SU ont augmenté de 18 067, la plus forte croissance touchant la population non admise présentant un niveau de gravité élevé. Le pourcentage de variation du volume de fréquentation du SU déclaré par les hôpitaux du RLISS de HNHB dépassait celui de la province, et ce, dans toutes les populations sauf la population admise (voir la figure 12).

Figure 12 – Volume de fréquentation des SU du RLISS de HNHB durant l'exercice 2013-2014, par rapport à l'exercice 2014-2015

Population fréquentant le SU	RLISS de HNHB – Variation absolue	RLISS de HNHB – Variation relative	Province
Population totale du SU	**18 067**	**3,4 %**	**2,6 %**
Cas non admis de niveau de gravité élevé	**17 774**	**5,6 %**	**5,4 %**
Cas non admis de niveau de gravité faible	**-180**	**-0,1 %**	**-1,7 %**
Cas admis	**120**	**0,2 %**	**2,1 %**

(Source : Access to Care WTIS)

La partie de la population qui a affiché la plus forte croissance était celle des personnes âgées de 75 ans et plus, ce qui représente 37 % des admissions.

Figure 13 – Admissions aux SU du RLISS de HNHB par âge, exercice 2014-2015

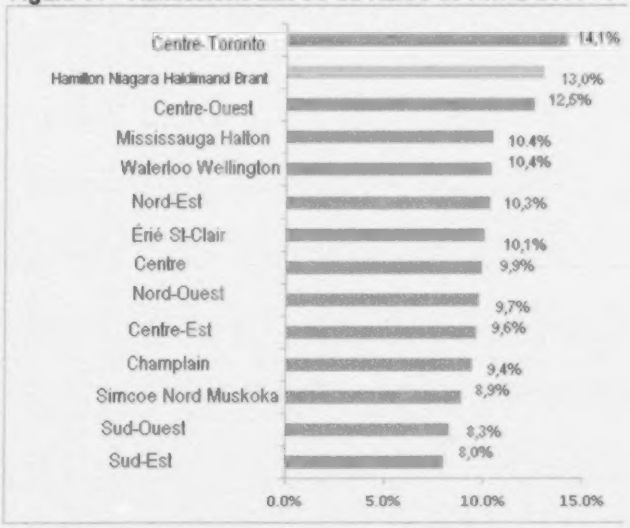
(Source : système IDS du RLISS de HNHB)

Taux d'admission

Un facteur clé de la durée de séjour au SU pour la population de patients admis est le nombre d'admissions imprévues au SU par rapport au nombre de lits disponibles. Lorsqu'un grand nombre de personnes est en attente d'ANS à l'hôpital et qu'un grand nombre d'admissions imprévues a lieu au SU, le cheminement des patients devient problématique.

Le RLISS de HNHB déclare un taux d'admission de 13 %, soit le deuxième plus élevé de tous les RLISS. Par comparaison avec les hôpitaux du RLISS, on constate que 7 des 11 emplacements de SU pour adultes au sein du RLISS se situaient dans les trois premiers rangs parmi les taux d'admission les plus élevés.

Figure 14 – Admissions aux SU du RLISS de HNHB 2014-15



(Source: Access to Care- ER Informatics, Cancer Care Ontario)

Activités clés pour réduire la demande au SU et la durée de séjour au SU

Programme de financement axé sur les résultats

Huit hôpitaux dotés d'un SU répartis entre cinq sociétés hospitalières ont participé au Programme de financement axé sur les résultats du MSSLD. Selon le rendement de l'année antérieure sur cinq indicateurs, les hôpitaux reçoivent un financement unique pour mettre en œuvre des stratégies axées sur la circulation des patients destinées à diminuer la durée du séjour à l'urgence. Ces démarches incluent l'établissement de zones d'évaluation rapide pour les patients non gravement atteints, la mise en œuvre de coordonnateurs de la circulation des patients, l'amélioration des services de soutien à l'urgence et l'ajout d'heures pour le personnel infirmier de triage et les médecins de l'urgence.

Hôpitaux du RLISS de HNHB participant au Programme de financement axé sur les résultats :

- Brant Community Healthcare System
- Hamilton Health Sciences
  - Hôpital général de Hamilton
  - Juravinski Hospital and Cancer Centre
  - McMaster Children's Hospital
- Hôpital Joseph Brant
- Système de santé de Niagara
  - Emplacement de St. Catharines
  - Emplacement de Niagara Falls
- Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton

Outil de dépistage pour les aînés à risque élevé

Le RLISS, les hôpitaux et le CASC ont collaboré à la mise en œuvre d'un outil de dépistage fondé sur des données probantes afin de repérer les aînés à risque élevé susceptibles d'avoir besoin d'un soutien communautaire.

Entre avril 2014 et février 2015, 3 188 personnes ont été dépistées et identifiées comme étant à risque élevé, 1 824 personnes n'étaient jamais venues au CASC et ont été acheminées vers des services communautaires et mises en rapport avec un coordonnateur de soins. Parmi celles-ci, 745 ont obtenu des services par l'entremise du CASC de HNHB (Source : *CASC – Early Intervention Screening 2014/15 YTD Summary).*

Le RLISS a mis en œuvre l'outil de dépistage dans tous les SU d'hôpital. Cela signifie que ces personnes sont en voie d'être mises en lien avec les services du CASC et les soins appropriés à l'avance, ce qui permet d'éviter les retards dans les soins et de mieux préparer ces personnes aux prochaines étapes et aux ajustements à venir dans leur vie, en raison de leurs besoins élevés en matière de santé.

Comité directeur des services des urgences

Le Comité directeur des services des urgences (CDSU) du RLISS transmet aux fournisseurs de services de santé et au RLISS des directives concernant la planification et la mise en œuvre de projets visant à améliorer la qualité des services offerts et les temps d'attente à l'urgence dans les collectivités du RLISS.

En 2014-2015, plusieurs projets ont été financés pour améliorer l'expérience du patient :

- HHS – Hôpital Général de Hamilton – Du financement a été accordé pour tenter de mettre sur pied une « équipe virtuelle de congé d'hôpital » pour aider à accroître la circulation des patients.
- HHSC – Hôpital pour enfants McMaster – Du financement a été accordé pour créer une clinique de suivi des cas d'urgence d'enfants présentant des problèmes de santé mentale.
- Université McMaster – Geriatric Education and Research in Aging Sciences (GERAS) Centre – Un financement a été accordé afin d'évaluer les occasions d'éviter le transfert des résidents de foyers de soins de longue durée vers les hôpitaux pour y recevoir un traitement intraveineux.

- Les services médicaux d'urgence (SMU) de Niagara ont reçu un financement additionnel afin de continuer à travailler sur le projet OMEGA, stratégie visant à améliorer l'utilisation des ressources des services des urgences en trouvant des voies de soins médicaux de rechange pour les groupes de patients dont l'état n'est pas urgent.

En outre, le CDSU a créé un fonds d'amélioration de la qualité afin de promouvoir les initiatives en matière de qualité dans les services des urgences de HNHB. Une somme de 40 000 $ a été budgétisée annuellement pour les activités liées à la qualité. Il s'agit d'appuyer les petits projets d'assurance de la qualité ou des activités de recherche en fournissant des fonds de démarrage pour compléter les dépenses qui peuvent être engagées. Le CDSU a également créé un budget pour les activités éducatives ciblant le personnel du SU – Le comité des directeurs du SU dirige la création de ces occasions.

Critical Link pour les SU

Ce programme, qui a commencé le 2 avril 2013, prévoit un partenariat entre les services des urgences de petite et de moyenne taille et les grands services des urgences des collectivités pour la prestation de soins continus aux patients dont l'état est semi-critique, qui ne répondent pas aux exigences de la Politique concernant les malades en phase critique ni à la politique d'acceptation des programmes régionaux. Ce programme propre au RLISS est envisagé dans d'autres régions de la province.

Le modèle inclut ce qui suit :

- Discussion, consultation et éventuel acheminement directs entre les médecins des SU pour établir un plan de gestion et les dispositions;
- Participation de CritiCall à toutes les discussions entre les SU pour faciliter les contacts entre médecins et assurer l'adoption d'une solution appropriée.

Au cours de 2014-2015, le programme Critical Link a été mis en œuvre pour 15 patients; 10 ont nécessité un transfert vers un autre SU, 3 ont dû être transférés vers d'autres hôpitaux et 2 ont pu être traités à l'emplacement d'origine après consultation avec le médecin du SU de l'emplacement partenaire. Ces patients ont reçu les soins les plus appropriés à l'endroit le plus approprié.

Bien que ces chiffres soient inférieurs à ceux de l'année précédente, cela était probablement attribuable à la mise en œuvre de la Politique concernant les malades en phase critique.

Politique concernant les malades en phase critique

La Politique concernant les malades en phase critique assure que les personnes dont la vie est menacée ou qui risquent de perdre un membre reçoivent des soins immédiats à l'hôpital qui peut prendre soin d'eux. Cette politique provinciale est entrée en vigueur en janvier 2014. Elle permet aux hôpitaux d'entrer rapidement en contact avec des centres d'orientation communautaires ou régionaux plus grands, afin d'obtenir des conseils et d'assurer le transport des patients gravement malades pour que ceux-ci obtiennent les soins intensifs critiques dont ils ont besoin. Le RLISS de HNHB compte 121 patients à avoir été transférés conformément aux lignes directrices concernant les malades en phase critique.

Les principes directeurs de la Politique concernant les malades en phase critique sont les suivants :

- La Politique provinciale concernant les malades en phase critique s'applique lorsque la vie d'un patient est menacée ou que le patient risque de perdre un membre et que des options thérapeutiques, qui doivent être offertes dans un délai de 4 heures, existent;
- La condition de phase critique du patient est prioritaire – la disponibilité de lits est un facteur secondaire. Aucun patient en phase critique ne se verra refuser des soins;

- Les limites géographiques des RLISS ne doivent pas restreindre l'accès d'un patient à des soins appropriés offerts dans un autre RLISS;
- Le rapatriement dans un délai souhaité de 48 heures, une fois que le patient est jugé stable sur le plan médical et apte à être transféré, est essentiel pour garantir un accès continu aux soins aux patients en phase critique.

Indicateurs de rendement de la CPMR

Indicateur de rendement	Valeur de départ du RLISS en 2014-2015	Objectif de rendement du RLISS en 2014-2015	Plus récent trimestre de 2014-2015	Résultat du RLISS durant l'exercice 2014-2015
Accès aux services de soins de santé				
1. Durée de séjour du 90e percentile à l'urgence dans le cas de patients admis	35,63	28,00	40,47	34,67
• En 2014-2015, le RLISS de HNHB a eu le plus de difficultés à soutenir la réduction de la durée de séjour au SU pour la population de patients admis. Six des douze salles d'urgence du RLISS ont déclaré une durée de séjour au 90e percentile plus élevée que la cible de la CPMR de 28 heures. • Les facteurs contribuant à une durée de séjour plus longue comprenait l'augmentation du nombre de patients admis à l'hôpital par le SU, des patients admis dont le niveau de gravité est élevé et une tendance à la hausse du nombre de personnes en attente de recevoir un autre niveau de soins à l'hôpital. De plus, en décembre 2014 une éclosion de la grippe A a influé sur le cheminement des patients dans le continuum de soins. • Quatre SU du RLISS (Hôpital Joseph Brant et Système de santé de Niagara – Hôpital général de St. Catharines, de Welland et de Niagara), qui reçoivent 36 % de la population admise aux SU du RLISS, a continué de connaître des difficultés à améliorer ce paramètre, les durées de séjour déclarées variant de 30,7 à 65,3 heures. • Une série d'activités clés ont été entreprises pour aider les sociétés hospitalières à réduire la durée de séjour au SU. Ces activités comprenaient un programme – nouveau et de plus grande portée – d'aide à la vie autonome pour les transitions, la cartographie des lits à l'emplacement de l'Hôpital général de Hamilton, en vue d'accroître la capacité à répondre à la demande, ainsi que les efforts continus de l'animateur spécialisé en amélioration des processus au Système de santé de Niagara, qui cherche à améliorer les paramètres de rendement et le cheminement des patients au SU. • Le RLISS de HNHB a terminé l'examen de la population incapable de s'adapter au Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, ainsi qu'une analyse plus poussée de la population admise au SU à l'échelle du RLISS de HNHB.				
2. Durée de séjour du 90e percentile à l'urgence dans le cas de patients complexes non admis (ETG I à III)	7,80	7,50	7,30	7,30
• En 2014-2015, le RLISS de HNHB a atteint la cible de la CPMR pour ce paramètre. Voici certaines initiatives des hôpitaux du RLISS de HNHB qui ciblent ce paramètre : Des évaluations complètes du cheminement des patients dans le SU, le raffinement des modèles de dotation de personnel afin de satisfaire le volume de la demande ainsi que les efforts ciblés du SU pour servir les patients présentant un niveau faible de gravité. • Cinq des 12 emplacements de SU du RLISS ont déclaré une durée de séjour plus longue que leur cible, qui varie de 7,8 à 8,7 heures. Ce paramètre est influencé par l'augmentation du nombre de patients en attente dans le SU à être admis à l'hôpital et l'augmentation du nombre de personnes triées à qui on attribue un niveau de gravité élevé (ETG 1, 2, 3).				

3. Durée de séjour du 90e percentile à l'urgence pour les patients non admis ayant un problème de santé mineur sans complications (ETG IV à V)	4,87	4,50	4,65	4,50
• En 2014-2015, le RLISS de HNHB a atteint la cible de la CPMR pour ce paramètre. Au cours des mois de septembre, d'octobre et de décembre, on a déclaré que cette cible était légèrement au-dessus (12 minutes) de la cible de la CPMR de 4,5 heures, en raison de diverses éclosions, des maladies respiratoires survenant à l'automne et de maladies comme la grippe en décembre. • Neuf des 12 emplacements de SU du RLISS ont déclaré présenter une durée de séjour supérieure à la cible du RLISS, qui variait de 4,7 à 6,4 heures. • Les hôpitaux ont continué de cibler ce paramètre en se consacrant aux initiatives suivantes : Le partage structuré d'information entre les emplacements aux fins de mentorat; mise à jour et élargissement des directives médicales pour aider à accélérer les tests et les traitements des patients présentant un faible niveau de gravité; élargissement des initiatives paramédicales communautaires.				
4. Pourcentage des cas de priorité IV pour lesquels l'objectif d'accès (84 jours) a été atteint pour la chirurgie du cancer	85,00 %	90,00 %	84,68 %	86,89 %
• Au cours de l'année écoulée, nous avons continué à travailler avec nos différents emplacements hospitaliers afin d'améliorer l'efficacité dans les salles d'opération et de collaborer avec chaque chirurgien sur leurs pratiques de codage • Le comité directeur régional d'oncologie examine régulièrement les cibles des rapports du rendement trimestriel et communique les leçons tirées, les pratiques exemplaires et les occasions à ne pas rater dans le RLISS de HNHB • Au cours de la dernière année, nous avons vu une augmentation des nouveaux cas de cancer du sein, de cancer de la prostate, de cancer gastro-intestinal, de cancer gynécologique ainsi que de cancer de la tête et du cou, par rapport à l'année 2013-2014. • Les chirurgiens recrutés récemment (cancer colorectal, gynécologique, hépatobiliaire) commencent à améliorer notre temps d'attente en chirurgie. • Nous continuons de voir s'allonger les temps d'attente des chirurgies de la prostate, car la demande pour la chirurgie robotique de la prostate continue à influer sur les temps d'attente, et nous ne prévoyons aucune amélioration immédiate de ce temps d'attente de la chirurgie robotique. • Le plan des services cliniques contre le cancer continue d'améliorer l'organisation régionale de la chirurgie du cancer, et les services satellitaires de cancérologie pour le traitement systémique sont désormais opérationnels partout dans le RLISS de HNHB.				
5. Pourcentage des cas de priorité IV pour lesquels l'objectif d'accès (90 jours) a été atteint pour les pontages coronariens	97,80 %	90,00 %	100,00 %	100,00 %
• Le HNHB a dépassé la cible de la CPMR pour ce paramètre. Le RLISS surveille étroitement les facteurs qui pourraient avoir une incidence sur les temps d'attente d'une chirurgie cardiaque, tels que la pression exercée sur le cheminement des patients dans les hôpitaux.				
6. Pourcentage des cas de priorité IV pour lesquels l'objectif d'accès	87,00 %	90,00 %	85,13 %	85,39 %

(182 jours) a été atteint pour la chirurgie de la cataracte				

- Le RLISS de HNHB a éprouvé des difficultés à atteindre la cible de la CPMR pour ce paramètre en 2014-2015.
- Les fournisseurs des hôpitaux et les données continuent à appuyer la demande pour ce service, qui a dépassé l'offre d'interventions chirurgicales disponibles au moyen de l'allocation pour les actes médicaux fondés sur la qualité (AMFQ) au RLISS de HNHB. Cela a eu un effet négatif sur les temps d'attente de nos résidents, et les tentatives d'éliminer l'accumulation de cas se poursuit. L'accent est mis sur la priorisation de la chirurgie pour les patients à l'échelle du RLISS, car le temps d'attente de 182 jours a été dépassé cette année, les patients ayant attendu le plus longtemps recevant une chirurgie en premier.
- Trois des cinq établissements de HNHB qui effectuent la chirurgie de la cataracte ont atteint la cible au cours de l'exercice 2014-2015.
- Le Comité directeur d'ophtalmologie à l'échelle du RLISS a déployé des efforts pour mettre en œuvre un plan de services cliniques, accessible sur le site Web du RLISS, dans le but de favoriser l'amélioration des soins normalisés et de l'accès aux services ophtalmiques au sein du RLISS. Les données sur le rendement et les initiatives stratégiques visant à cibler l'amélioration du rendement à l'échelle du RLISS font l'objet d'un examen mensuel par les membres du comité directeur.
- Le RLISS a continué de collaborer avec l'ensemble des fournisseurs d'hôpital en vue d'assurer l'utilisation ciblée des données à l'échelle du RLISS, en vue de faciliter la gestion des listes d'attente. Les données comprennent l'analyse de l'utilisation des dates ayant une incidence sur la capacité de traiter (DART), la règle des deux jours ouvrables conformément à l'ouverture et la fermeture des cas de chirurgie, l'analyse des longues durées d'attente et la communication transparente des listes d'attente des médecins responsables des chirurgies de la cataracte dans les hôpitaux, dans le but de faciliter une orientation ayant pour effet de réduire au maximum le temps d'attente.

7. Pourcentage des cas de priorité IV pour lesquels l'objectif d'accès (182 jours) a été atteint pour l'arthroplastie de la hanche	77,00 %	85,00 %	82,59 %	81,91 %

- Le RLISS de HNHB a amélioré le rendement en vue d'atteindre cette cible en 2014-2015.
- Facteurs contribuant aux retards dans l'accès : Modes d'aiguillage des soins primaires, préférence des patients pour un emplacement et/ou un chirurgien spécifiques, une accumulation de patients en attente de chirurgie et une demande constante qui limite la capacité de rattraper le retard.
- Guidé par le Plan de capacité orthopédique intégrée, on a mis sur pied des initiatives pour réduire la variation des temps d'attente et assurer la qualité des soins. Le Comité directeur d'orthopédie du RLISS de HNHB a déployé des efforts pour normaliser les modèles d'ordonnances, les parcours de soins et le matériel d'éducation destiné aux patients dans tous les hôpitaux du RLISS.
- Une politique de gestion des listes d'attente a été élaborée pour permettre la gestion des listes d'attente normalisée et la production de rapports sur des données exactes, ainsi que pour promouvoir la participation des chirurgiens au programme régional d'évaluation des articulations; cela permettra de promouvoir l'amélioration de l'accès à la chirurgie afin de s'assurer que les patients se voient offrir la première date de chirurgie disponible.
- Le rendement est évalué avec les hôpitaux au moins une fois par mois et plus fréquemment lorsque des enjeux précis sont soulevés.

8. Pourcentage des cas de priorité IV pour lesquels l'objectif d'accès (182 jours) a été atteint pour l'arthroplastie du genou	64,00 %	80,00 %	74,63 %	76,44 %
• Le RLISS de HNHB a amélioré le rendement en vue d'atteindre cette cible en 2014-2015. • Facteurs contribuant aux retards dans l'accès : Modes d'aiguillage des soins primaires, préférence des patients pour un emplacement et/ou un chirurgien spécifiques, une accumulation de patients en attente de chirurgie et une demande constante qui limite la capacité de rattraper le retard. • Guidé par le Plan de capacité orthopédique intégrée, on a mis sur pied des initiatives pour réduire la variation des temps d'attente et assurer la qualité des soins. Le Comité directeur d'orthopédie du RLISS de HNHB a déployé des efforts pour normaliser les modèles d'ordonnances, les parcours de soins et le matériel d'éducation destiné aux patients dans tous les hôpitaux du RLISS. • Une politique de gestion des listes d'attente a été élaborée pour permettre la gestion des listes d'attente normalisée et la production de rapports sur des données exactes, ainsi que pour promouvoir la participation des chirurgiens au programme régional d'évaluation des articulations; cela permettra de promouvoir l'amélioration de l'accès à la chirurgie afin de s'assurer que les patients se voient offrir la première date de chirurgie disponible. • Le rendement est évalué avec les hôpitaux au moins une fois par mois et plus fréquemment lorsque des enjeux précis sont soulevés.				
9. Pourcentage des cas de priorité IV pour lesquels l'objectif d'accès (28 jours) a été atteint pour les examens d'IRM	45,00 %	60,00 %	57,58 %	45,96 %
• Une séance éducative à l'échelle du RLISS destinée aux médecins de famille s'est tenue en novembre 2014, en collaboration avec la campagne Choisir avec soin ainsi que l'Association médicale de l'Ontario et les radiologues/chirurgiens du RLISS de HNHB, afin d'accroître la pertinence des demandes d'examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de TDM. L'objectif ultime de cette séance éducative consistait à réduire les risques inutiles des examens d'imagerie pour les patients. • Le RLISS n'a pas atteint la cible annuelle fixée pour ce paramètre en 2014-2015, mais les résultats mensuels de février et de mars l'ont atteint. • On a constaté des difficultés à répondre à la demande des cas de priorité 3 (plus urgent), et les fournisseurs d'hôpital se sont efforcés de combler les besoins des patients présentant des cas de priorité 3 et 4 dans la plus large mesure possible, en ajustant les plateformes de rendez-vous. • L'information a été transmise aux fournisseurs de soins primaires en prenant soin de déterminer tous les temps d'attente des hôpitaux du RLISS ainsi que d'encourager les orientations vers les établissements dont les temps d'attente étaient les moins longs. • Par l'intermédiaire du groupe de travail sur l'imagerie diagnostique et l'orthopédie, des recommandations sur les radiographies simples, au lieu des examens d'IRM/des TDM, ont été formulées aux médecins de famille afin réduire les demandes inutiles d'IRM/de TDM.				
10. Pourcentage des cas de priorité IV pour lesquels l'objectif d'accès (28 jours) a été atteint pour	68,00 %	82,00 %	69,00 %	77,09 %

les examens de TDM				
• Une séance éducative à l'échelle du RLISS destinée aux médecins de famille s'est tenue en novembre 2014, en collaboration avec la campagne Choisir avec soin ainsi que l'Association médicale de l'Ontario et les radiologues/chirurgiens du RLISS de HNHB, afin d'accroître la pertinence des demandes d'examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de TDM. L'objectif ultime de cette séance éducative consistait à réduire les risques inutiles des examens d'imagerie pour les patients. • On a constaté des difficultés à répondre à la demande des cas de priorité 3 (plus urgent), et les fournisseurs d'hôpital se sont efforcés de combler les besoins des patients présentant des cas de priorité 3 et 4 dans la plus large mesure possible, en ajustant les plateformes de rendez-vous. • L'information a été transmise aux fournisseurs de soins primaires en prenant soin de déterminer tous les temps d'attente des hôpitaux du RLISS ainsi que d'encourager les aiguillages vers les établissements dont les temps d'attente étaient les moins longs. Par l'intermédiaire du groupe de travail sur l'imagerie diagnostique et l'orthopédie, des recommandations pour l'utilisation de radiographies simples, au lieu des examens d'IRM/des TDM, ont été formulées aux médecins de famille afin réduire les demandes inutiles d'IRM/de TDM.				
Intégration et coordination des soins				
11. Pourcentage des jours passés en attente d'un autre niveau de soins (ANS) par RLISS ou établissement*	13,89 %	12,00%	18,25 %	17,62 %
• En 2014-2015, le RLISS de HNHB n'a pas atteint la cible de la CPMR pour ce paramètre. Le cheminement des patients et le nombre de patients à l'hôpital qui attendent de recevoir d'autres niveaux de soins (ANS) continuent d'être prioritaires pour le RLISS de HNHB. Le Comité directeur du RLISS sur le cheminement des patients est très actif. Ses membres se réunissent tous les mois afin d'évaluer les mesures normalisées et d'élaborer des stratégies visant à améliorer le cheminement des patients et à atteindre la cible de la CPMR. • En 2014-2015, les hôpitaux du RLISS ont connu une augmentation du nombre de personnes à l'hôpital en attente d'ANS. De février à décembre 2014, le volume de cas ouverts d'ANS occupant des lits d'hôpital pour soins actifs dans le RLISS de HNHB est passé de 596 à 735 (Source : WTIS). La pression exercée sur le cheminement des patients se poursuit dans l'ensemble du RLISS de HNHB; toutefois, la pression est particulièrement forte dans les hôpitaux de Hamilton, qui comptent pour un peu plus de 72 % de cette augmentation. Des améliorations ont été observées pour ce paramètre, et le volume a diminué de 391 en septembre par rapport à 349 en décembre 2014; cependant, le RLISS de HNHB demeure celui qui connaît le plus important volume comparativement aux autres RLISS. • Le RLISS de HNHB a également déclaré présenter le plus important volume de congés d'ANS à l'échelle provinciale, soit 697 en décembre 2014 (Source : WTIS). • En 2014-2015, le RLISS de HNHB a approuvé le financement suivant pour soutenir le cheminement des patients : ○ 984 528 $ pour soutenir 91 lits d'aide à la vie autonome ouverts dans l'ensemble du RLISS de HNHB ○ 8,5 millions de dollars en financement unique/récurrent nouveau pour appuyer les services à domicile ○ 1 million de dollars consacrés à un modèle de soutien collaboratif à domicile et en milieu communautaire ○ 260,142 $ pour soutenir deux responsables du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, qui travailleront avec les hôpitaux du RLISS afin d'aborder les obstacles au congé				

des personnes ayant des antécédents de comportements réactifs.

- Le RLISS a continué de travailler avec les FSS en vue d'améliorer le cheminement des patients et le rendement. Le CASC travaille activement avec les maisons de retraite de toutes les zones du RLISS, afin de trouver des occasions de regrouper les milieux où les personnes pourraient obtenir du soutien, tout en attendant une place dans un foyer de SLD. Des partenariats et des occasions supplémentaires continuent à être envisagés afin de mieux mettre les patients en lien avec le soutien structuré, tout au long de leur transition vers les milieux communautaires.
- Voici certaines stratégies ciblées visant à résoudre les difficultés liées au cheminement des patients : Continuer à travailler avec un animateur spécialisé en amélioration des processus (ceinture noire) en collaboration avec le Système de santé de Niagara (comme indiqué à la section des SU); réalisation d'une mise à jour du programme Chez soi avant tout à l'échelle du RLISS; mise en œuvre d'un modèle de soutien à domicile et dans la collectivité, qui assure la transition des clients présentant un niveau de gravité faible et modérément stable d'un CASC à un fournisseur d'aide à la vie autonome, permettant ainsi au CASC de se concentrer sur les clients ayant des besoins complexes; procéder à une cartographie de la chaîne de valeur de la désignation de services à domicile CASC ANS à HHS et à BCHS.

12. Temps d'attente du 90e percentile pour les services à domicile du CASC – passage du milieu communautaire à un service du CASC (à l'exclusion de la gestion de cas)*	26,00	26,00	21,00	23,00

- En 2014-2015, le RLISS de HNHB a atteint la cible de la CPMR pour ce paramètre. Un seul type de service, préposé aux services de soutien à la personne et aide aux tâches ménagères, présentait un temps d'attente supérieur à la moyenne provinciale. Le RLISS de HNHB continue de travailler avec le CASC et les organismes de services de soutien communautaire pour assurer l'accès opportun aux services à domicile.
- En février 2015, un nouveau modèle de service collaboratif entre le CASC et les organismes de services de soutien communautaire a été mis en œuvre. Ce modèle de service novateur, qui concorde avec les lignes directrices de la politique du Ministère en regard de la coordination collaborative en matière de soins à domicile et dans la collectivité, est destiné à renforcer la capacité des organismes de services de soutien communautaire à appuyer les personnes dont les besoins de soins sont faibles à modérés, qui sont stables et relativement autonomes et ne nécessitent que très peu d'autres formes de soutien communautaire. En fonctionnant efficacement en tant qu'« un seul secteur », ce modèle collaboratif permet au CASC de mettre l'accent sur les clients représentant des cas complexes et ayant des besoins après avoir reçu des soins actifs.

Qualité et amélioration des résultats en santé

13. Réadmission dans les 30 jours pour certains groupes composant la clientèle**	16,40 %	15,40 %	16,33 %	16,44 %

- En 2014-2015, le RLISS de HNHB n'a pas atteint la cible de la CPMR pour ce paramètre. La MPOC et l'insuffisance cardiaque congestive (ICC) continuent de représenter deux cohortes cliniques qui influent sur le rendement de ce paramètre, leur taux étant de 20 % et de 22,4 %, respectivement.
- Au cours du quatrième trimestre de 2013-2014, le RLISS de HNHB présentait un taux de réadmission de 0,7 % supérieur au taux cible de réadmission dans les 30 jours pour certains groupes composant la clientèle (GCC), qui correspond à 15,4 %. Le RLISS de HNHB occupe actuellement le 6e rang dans la province pour ce qui est de ce paramètre.
- Le RLISS de HNHB continue à travailler sur des initiatives clés ciblant ce paramètre, notamment : Matériel

d'enseignement sur la liste de vérification pour les transitions du congé portant sur la MPOC et l'ICC, les plans de soins coordonnées des maillons santé destinés aux patients chez qui on a détecté des besoins complexes en matière de soins, quatre cliniques communautaires de MPOC et des stratégies énumérées dans le plan de travail du RLISS sur le diabète.				
14. Visites répétées et non prévues à l'urgence dans les 30 jours en raison d'un trouble de santé mentale*	18,40 %	17,00%	18,03 %	18,84 %
• En 2014-2015, le RLISS de HNHB n'a pas atteint la cible de la CPMR pour ce paramètre. Au cours de la dernière partie de l'année, cependant, il y a eu certaines améliorations au chapitre de cet indicateur. • Le RLISS de HNHB a récemment reçu des fonds d'investissement communautaire, notamment pour l'élargissement des équipes mobiles d'intervention rapide en situation de crise dans trois zones du RLISS, ainsi qu'une formation spécialisée visant à améliorer les compétences cliniques afin que les professionnels de la santé puissent soutenir les personnes présentant des besoins complexes en matière de soins de santé et qui sont de grands utilisateurs des services des urgences.				
15. Visites répétées et non planifiées à l'urgence dans les 30 jours en raison d'un problème lié à la toxicomanie*	23,90 %	22,70 %	27,93 %	26,64 %
• Bien qu'il y ait des périodes d'amélioration tout au long de l'année, dans l'ensemble, le RLISS de HNHB n'a pas atteint la cible de la CPMR pour ce paramètre de 2014-2015. • Le RLISS de HNHB continue à travailler sur la détermination d'initiatives clés en vue de cibler ce paramètre, et ce, en mettant l'accent sur les profils de toxicomanie chez la population ayant des besoins élevés qui recourent aux services du SU. Cela comprend l'identification et l'orientation précoces pour que ces patients obtiennent des traitements contre la toxicomanie.				

*Les données de l'exercice 2014-2015 sont fondées sur les quatre derniers trimestres disponibles (T4 2013-2014 à T3 2014-2015)

**Les données de l'exercice 2014-2015 sont fondées sur les quatre derniers trimestres disponibles (T3 2013-2014 à T2 2014-2015)

États financiers et notes afférentes aux états financiers

États financiers du

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

31 mars 2015

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

31 mars 2015

Table des matières

Rapport de l'auditeur indépendant 1-2

État de la situation financière 3

État des résultats 4

État de la variation de la dette nette 5

État des flux de trésorerie 6

Notes complémentaires 7-14

Deloitte.

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.
5140 Yonge Street
Suite 1700
Toronto (Ontario) M2N 6L7
Canada

Tél. : 416-601-6150
Téléc. : 416-601-6151
www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant

Aux membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant au 31 mars 2015, ainsi que de ses résultats de fonctionnement, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Deloitte S.E.N.C.R.L/s.r.l

Comptables professionnels agréés, comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 27 mai 2015

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État de la situation financière
au 31 mars 2015

	2015	2014
	$	$
Actifs financiers		
Trésorerie	868 913	756 953
Montant à recevoir au titre de la TVH	25 366	32 205
Débiteurs – Autres	180	942
Montant à recevoir du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») relativement aux paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	22 453 844	49 450 245
	23 348 303	50 240 345
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	21[illegible] 956	367 510
Montant à verser au Ministère (note 3b)	726 631	428 415
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé (note 9)	22 453 844	49 450 245
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS (note 4)	81	2 107
Apports de capital reportés (note 5)	43 958	69 170
	23 437 470	50 317 447
Engagements (note 6)		
Dette nette	(89 167)	(77 102)
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	45 209	7 932
Immobilisations corporelles (note 7)	43 958	69 170
Surplus accumulé	-	-

Approuvé par le Conseil

_____ administrateur

_____ administrateur

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État des résultats
pour l'exercice clos le 31 mars 2015

	Budget (note 8)	2015 Montant réel	2014 Montant réel
	$	$	$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2 826 311 100	2 895 775 446	2 836 986 207
Activités du RLISS	4 916 172	4 897 450	4 855 909
Projets			
Bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration (note 4)	510 000	510 000	560 000
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	-	100 000	100 000
Services en français	-	106 000	76 286
Entité de planification des services en français	-	411 693	411 693
Chef de service des urgences du RLISS	-	75 000	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS	-	75 000	75 000
Planification autochtone	37 500	37 500	37 500
Chef des soins primaires du RLISS	-	75 000	75 000
Éducation sur le diabète	-	841 301	841 301
Physiothérapie	-	-	27 344
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	-	43 893	40 181
	2 831 774 772	2 902 948 323	2 844 181 401
Financement remboursable au Ministère (note 3a)	-	(725 631)	(428 415)
	2 831 774 772	2 902 222 692	2 843 752 986
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2826 311 100	2895 775 446	2836 986 207
Frais généraux et administratifs (note 11)	4 916 172	4 228 189	4 409 987
Projets (note 10)			
Bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration	510 000	510 000	560 000
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	-	100 000	100 000
Services en français	-	106 000	76 286
Entité de planification des services en français	-	411 693	411 693
Chef de service des urgences du RLISS	-	73 478	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS	-	72 599	72 688
Planification autochtone	37 500	37 500	37 500
Chef des soins primaires du RLISS	-	75 000	75 000
Éducation sur le diabète	-	832 787	841 301
Physiothérapie	-	-	27 344
	2 831 774 772	2 902 222 692	2 843 752 986
Surplus de l'exercice et surplus accumulé de clôture à la fin de l'exercice	-	-	-

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État des résultats
pour l'exercice clos le 31 mars 2015

	Budget (note 8)	2015 Montant réel	2014 Montant réel
	$	$	$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2 826 311 100	2 895 775 446	2 836 986 207
Activités du RLISS	4 916 172	4 897 490	4 855 909
Projets			
Bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration (note 4)	510 000	510 000	580 000
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	-	100 000	100 000
Services en français	-	106 000	76 266
Entité de planification des services en français	-	411 693	411 693
Chef de service des urgences du RLISS	-	75 000	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS	-	75 000	75 000
Planification autochtone	37 500	37 500	37 500
Chef des soins primaires du RLISS	-	75 000	75 000
Éducation sur le diabète	-	841 301	841 301
Physiothérapie	-	-	27 344
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	-	43 890	40 181
	2 831 774 772	2 902 848 323	2 844 181 401
Financement remboursable au Ministère (note 3a)	-	(725 631)	(428 415)
	2 831 774 772	2 902 222 692	2 843 752 986
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2826 311 100	2895 775 446	2836 986 207
Frais généraux et administratifs (note 11)	4 916 172	4 228 189	4 469 987
Projets (note 10)			
Bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration	510 000	510 000	580 000
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	-	100 000	100 000
Services en français	-	106 000	76 266
Entité de planification des services en français	-	411 693	411 693
Chef de service des urgences du RLISS	-	73 478	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS	-	72 599	72 658
Planification autochtone	37 500	37 500	37 500
Chef des soins primaires du RLISS	-	75 000	75 000
Éducation sur le diabète	-	832 787	841 301
Physiothérapie	-	-	27 344
	2 831 774 772	2 902 222 692	2 843 752 986
Surplus de l'exercice et surplus accumulé de clôture à la fin de l'exercice	-	-	-

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers

Page 4

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État de la variation de la dette nette

pour l'exercice clos le 31 mars 2015

	Budget (note 8)	2015 Montant réel	2014 Montant réel
	$	$	$
Surplus de l'exercice	-	-	-
Variation des charges payées d'avance	-	(37 277)	27 080
Acquisition d'immobilisations corporelles	-	(18 681)	(90 263)
Amortissement des immobilisations corporelles	-	43 893	40 181
Augmentation de la dette nette	-	(12 065)	(23 002)
Dette nette au début de l'exercice	-	(77 102)	(54 100)
Dette nette à la fin de l'exercice	-	(89 167)	(77 102)

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État des flux de trésorerie
pour l'exercice clos le 31 mars 2015

	2015	2014
	$	$
Activités de fonctionnement		
Surplus de l'exercice	-	-
Ajouter : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	43 893	40 181
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des apports de capital reportés	(43 893)	(40 181)
Variation des éléments hors trésorerie liés à l'exploitation		
Débiteurs – Autres	762	15 685
Montant à recevoir au titre de la TVH	6 839	(11 279)
Montant à recevoir du Ministère relativement aux fournisseurs de services de santé	26 996 401	(37 514 245)
Créditeurs et charges à payer	(153 554)	143 742
Montant à verser au Ministère	297 216	67 024
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé provenant du Ministère	(26 996 401)	37 514 245
Bureau des services partagés des RLISS	(2 026)	(7 089)
Charges payées d'avance	(37 277)	27 080
	111 960	235 163
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations corporelles	(18 681)	(90 623)
Activités de financement		
Apports de capital reçus	18 681	90 263
Variation nette de la trésorerie	111 960	235 163
Trésorerie au début de l'exercice	756 953	521 790
Trésorerie à la fin de l'exercice	868 913	756 953

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers

Page 5

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires
31 mars 2015

1. **Description des activités**

Le Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant a été constitué par lettres patentes le 2 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « Loi »), sous l'appellation Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant (le « RLISS »), et ses lettres patentes ont été dissoutes. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la Loi.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS comprend les comtés de Hamilton, de Niagara, de Haldimand, de Brant, la majeure partie du comté de Norfolk et la ville de Burlington. Le RLISS conclut des ententes de responsabilisation avec des fournisseurs de services.

Le RLISS est financé par la province de l'Ontario, en vertu d'une entente de rendement des RLISS (l'« entente de rendement ») conclue avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère. Le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé, avec prise d'effet le 1er avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilisation conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert et en informe le Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS. Avec prise d'effet le 1er avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de ce dernier. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice clos le 31 mars 2015.

Le RLISS a également conclu une entente de responsabilisation avec le Ministère établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

2. **Principales méthodes comptables**

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Les principales méthodes comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments sans effet sur la trésorerie comme l'amortissement des immobilisations corporelles.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires
31 mars 2015

2. **Principales méthodes comptables (suite)**

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis. Ces sommes sont comptabilisées à la clôture de la période au titre des montants à verser au Ministère.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de charges comptabilisées à titre d'immobilisations corporelles est constatée à titre d'apports de capital reportés et amortie sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des résultats est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations corporelles.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations corporelles. Les apports sous forme d'immobilisations corporelles sont comptabilisés à leur juste valeur estimative en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations corporelles est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de ce qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations corporelles, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'une immobilisation corporelle de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé. Les immobilisations corporelles sont amorties sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel informatique	3 ans (méthode linéaire)
Améliorations locatives	Durée du bail (méthode linéaire)
Matériel, mobilier et agencements de bureau	5 ans (méthode linéaire)

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est comptabilisé pour un exercice complet. Les coûts liés au développement de l'infrastructure et au développement Web sont inclus au titre du matériel informatique aux fins de la comptabilité et de la présentation d'information.

Informations sectorielles

Le RLISS devait adopter le chapitre SP 2700, intitulé « Informations sectorielles », pour son exercice ouvert le 1er avril 2007. Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des résultats et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter d'information additionnelle.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2015

2. **Principales méthodes comptables (suite)**

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de la période. Les éléments importants assujettis à ces estimations et hypothèses comprennent l'évaluation des charges à payer et de la durée de vie utile des immobilisations corporelles. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

3. **Financement remboursable au Ministère**

En vertu de l'entente de rendement, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

a) Le montant remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé se compose des éléments suivants :

			2015	2014
	Financement reçu	Charges admissibles	Surplus	Surplus
	$	$	$	$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	2 895 775 446	2 895 775 446	–	–
Activités du RLISS	4 941 383	4 228 189	713 194	426 103
Bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration	510 000	510 000	–	–
Entité de planification des services en français	411 693	411 693	–	–
Services en français	106 000	106 000	–	–
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	100 000	100 000	–	–
Chef de service des urgences du RLISS	75 000	73 478	1 522	–
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS	75 000	72 599	2 401	2 312
Chef des soins primaires	75 000	75 000	–	–
Planification autochtone	37 500	37 500	–	–
Éducation sur le diabète	841 301	832 787	8 514	–
	2 902 948 323	2 902 222 692	725 631	428 415

3. **Financement remboursable au Ministère (suite)**

b) Le montant à verser au Ministère aux 31 mars 2015 se compose des éléments suivants :

	2015	2014
	$	$
Montant à verser au Ministère au début de l'exercice	428 215	361 391
Fonds accordés lors de l'exercice précédent au Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario qui n'ont pas été dépensés	–	–
Montant du financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	725 631	428 215
Montant remboursé au Ministère au cours de l'exercice	(428 215)	(361 391)
Montant à verser au Ministère à la fin de l'exercice	725 631	428 215

4. **Opérations entre apparentés**

Bureau des services partagés des RLISS et Partenariat des Réseaux locaux d'intégration des services de santé

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») et le Partenariat des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (le « PRLISS ») sont des divisions du RLISS de Toronto-Centre et sont assujetties aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR et le PRLISS sont responsables, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

Bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration

En date du 31 janvier 2014, le RLISS a conclu une entente avec les RLISS du Sud-Ouest, d'Érié St-Clair et de Waterloo Wellington (le « groupement ») afin d'assurer une mise en œuvre efficace et efficiente des programmes et des initiatives de cybersanté sur le territoire du groupement. En vertu de cette entente, les décisions relatives aux activités financières et aux activités d'exploitation du bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration sont prises en commun. Aucun RLISS n'est en mesure d'exercer un contrôle unilatéral.

Les états financiers du RLISS reflètent la partie qui lui revient du financement fourni par le Ministère au groupement en ce qui a trait au bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration et aux dépenses connexes. Au cours de l'exercice, le RLISS a reçu du RLISS du Sud-Ouest un financement de 510 000 $.

5. **Apports de capital reportés**

	2015	2014
	$	$
Solde au début de l'exercice	69 170	19 088
Apports de capital reçus au cours de l'exercice	18 681	90 263
Amortissement pour l'exercice	(43 893)	(40 181)
Solde à la fin de l'exercice	43 958	69 170

6. **Engagements**

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des locaux et du matériel. Les contrats seront également très probablement renouvelés. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location en vertu des contrats de location existants s'établissent comme suit :

	$
2016	172 786
2017	172 786
2018	172 786
2019	71 994

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilisation. Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement du RLISS par le Ministère.

7. **Immobilisations corporelles**

	Coût	Amortissement cumulé	2015 Valeur comptable nette	2014 Valeur comptable nette
	$	$	$	$
Matériel, mobilier et agencements de bureau	482 062	473 563	8 499	3 221
Matériel informatique	245 223	209 764	35 459	65 949
Améliorations locatives	572 444	572 444	–	–
	1 299 729	1 255 771	43 958	69 170

8. **Chiffres du budget**

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des résultats reflètent le budget initial au 1er avril 2013. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Les tableaux suivants présentent les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget final du financement des fournisseurs de services de santé de 2 895 775 446 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget initial	2 826 311 100
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	69 464 346
Budget final	2 895 775 446

8. **Chiffres du budget (suite)**

Le budget des frais généraux et administratifs final du RLISS de 7 147 666 $ est calculé comme suit :

	$
Budget initial	
Activités du RLISS	4 916 172
Bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration	510 000
Planification autochtone	37 500
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice pour les éléments suivants :	
Entité de planification des services en français	411 693
Coordonnateur des services en français	106 000
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	100 000
Chef de service des urgences du RLISS	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS	75 000
Chef des soins primaires	75 000
Éducation sur le diabète	841 301
Budget final	7 147 666

9. **Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé**

Le RLISS a l'autorisation d'accorder un financement total de 2 895 775 446 $ (2 836 986 207 $ en 2014) aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit pour 2015 :

	2015	2014
	$	$
Gestion d'hôpitaux	1 914 168 474	1 892 233 026
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	464 700	464 025
Centres de soins de longue durée	478 905 154	460 634 986
Centres d'accès aux soins communautaires	307 373 115	302 761 326
Services de soutien communautaires	47 447 841	45 063 756
Lésion cérébrale acquise	7 619 608	6 987 746
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	34 857 366	30 250 506
Centres de soins de santé communautaires	28 958 381	25 416 149
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	75 980 807	73 174 687
	2 895 775 446	2 836 986 207

Le RLISS reçoit du Ministère un montant qu'il répartit ensuite entre les fournisseurs de services de santé. Au 31 mars 2015, le RLISS devait verser un montant de 22 453 844 $ (49 450 245 $ en 2014) aux fournisseurs de services de santé. Ce montant a été comptabilisé à titre de produits et de charges dans les résultats du RLISS et est présenté dans le tableau précédent.

10. Projets

Le RLISS a reçu du financement aux fins de divers projets énumérés dans l'état des résultats. Le tableau suivant présente les charges relatives aux initiatives par objet :

	2015	2014
	$	$
Salaires et charges sociales	894 626	986 210
Services professionnels	1 201 529	1 170 613
Services partagés	41 000	51 000
Charges locatives	38 687	30 391
Fournitures	13 079	21 032
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	18 194	28 992
Autres	11 942	8 554
	2 219 057	2 296 792

Les charges d'exploitation relatives à la stratégie de lutte contre le diabète qui sont comprises dans les charges liées aux projets présentées ci-dessus s'établissent comme suit :

	Montant réel 2015	Montant réel 2014
	$	$
Salaires et charges sociales	717 701	700 109
Autres	115 086	171 192
	832 787	871 301

11. Charges classées par objet

Alors que l'état des résultats présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente les frais généraux et administratifs par objet :

	2015	2014
	$	$
Salaires et charges sociales	3 107 790	3 258 641
Indemnités quotidiennes du président du Conseil	19 425	29 621
Indemnités quotidiennes des membres du Conseil	24 396	30 875
Charges du Conseil	7 913	10 393
Frais de déplacement	19 268	26 087
Services-conseils	78 279	168 140
Consultations publiques et communications	40 281	46 092
Fournitures, matériel, entretien et autres	55 801	88 645
Frais d'hébergement	319 080	244 752
Amortissement	43 893	40 181
Services partagés	512 063	526 559
	4 228 189	4 469 986

12. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Healthcare of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime multiemployeurs, pour le compte de 40 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice 2015 s'est établi à 282 948 $ (289 995 $ en 2014), et ce montant a été passé en charges dans l'état des résultats. La dernière évaluation actuarielle du régime a été effectuée au 31 décembre 2014. À ce moment, le régime était entièrement capitalisé.

13. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

Membres du Conseil

(au 31 mars 2015)

Michael P. Shea
Président

Ruby Jacobs
Vice-présidente

Helen Mulligan
Membre

Laurie Ryan-Hill
Membre

Mervin Witter
Membre

Membre de la haute direction

Donna Cripps
Directrice générale

On behalf of the Board of Directors of the Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network, we are pleased to submit this Annual Report for the period ended March 31, 2015.

Michael P. Shea
Président du Conseil d'administration

Ruby Jacobs
Vice-présidente du Conseil d'administration

RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Coordonnées du RLISS

Téléphone :
905.945.4930
1.866.363.5446

Télécopieur :
905.945.1992

Courriel :
hamiltonniagarahaldimandbrant@lhins.on.ca

Adresse :
264 rue Main Est
Grimsby, ON L3M 1P8

Site Web :
www.hnhblhin.on.ca

Twitter :
@HNHB_LHINgage

YouTube :
www.youtube.com/user/hnhblhin

ISSN 1911-2939
139 june/15

© 2015 Queen's Printer for Ontario

Ontario
Réseau local d'intégration des services de santé